

**EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN EL
MÓDULO IRA EN UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, CALI 2018**

**NEIZA PAOLA BALANTA RAMÍREZ
HAROLD GONZALO HERNÁNDEZ ARIAS**



**FACULTAD DE SALUD
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
SANTIAGO DE CALI
2018**

**EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN EL
MÓDULO IRA EN UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, CALI 2018**

**NEIZA PAOLA BALANTA RAMÍREZ
HAROLD GONZALO HERNÁNDEZ ARIAS**

Trabajo presentado como requisito para optar por el título de
Magister en Administración en Salud

Directora
ÁNGELA M CUBIDES MUNEVAR
Docente Escuela Salud Pública



**FACULTAD DE SALUD
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
SANTIAGO DE CALI
2018**

Nota de Aceptación

Firma del presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Santiago de Cali, Enero _____ de 2019

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso, por guiarnos a lo largo de nuestro camino, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestras familias, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, por regalarnos lo más preciado para poder dedicarlo a la realización de este trabajo “el tiempo en familia” gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí.

A nuestros maestros y docentes, en especial a la Dra. Ángela M. Cubides, por creer en nosotros y guiarnos en este camino.

A todas las personas e instituciones que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

CONTENIDO

| | Pág. |
|---|------|
| 1. RESUMEN | 10 |
| 2. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA | 12 |
| 2.1. MARCO TEÓRICO | 14 |
| 2.1.1 Teorías que fundamentan AIEPI | 14 |
| 2.1.1.1 Teoría de modelos de creencias de salud | 14 |
| 2.1.1.2. Teoría de riesgo | 15 |
| 2.1.2 Evaluación de la implementación de programas en salud | 16 |
| 2.1.2.1. Evaluación de programas de promoción y prevención | 16 |
| 2.1.2.2. Investigación en implementación de programas y/o políticas | 18 |
| 2.1.3. Marco legal AIEPI | 21 |
| 2.2. Marco de trabajo Evaluación de Implementación de la estrategia AIEPI | 27 |
| 2.3. Estado del Arte. | 30 |
| 3. OBJETIVOS | 34 |
| 3.1. OBJETIVO GENERAL | 34 |
| 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 34 |
| 4. METODOLOGÍA | 35 |
| 4.1. TIPO DE ESTUDIO | 35 |
| 4.2. ÁREA DE ESTUDIO | 35 |
| 4.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO | 36 |
| 4.3.1. SELECCIÓN DE PARTICIPANTES | 36 |
| 4.3.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | 37 |
| 4.3.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN | 38 |
| 4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS | 38 |
| 4.4.1 PROCEDIMIENTOS | 39 |
| 4.5. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN | 43 |
| 4.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 45 |
| 4.7. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS | 46 |
| 4.8. ANÁLISIS | 48 |
| 5. CONSIDERACIONES ÉTICAS | 50 |
| 6. RESULTADOS | 52 |
| 6.1. EVALUACIÓN COMPONENTE CLÍNICO Prestación de servicios | 52 |
| 6.1.1. Historias clínicas | 53 |
| 6.1.2 Conocimiento de los profesionales sobre la estrategia AIEPI y grado de implementación | 55 |
| 6.1.2.1. Hallazgos evaluación a profesionales componente clínico | 56 |

| | |
|---|-----|
| 6.2. EVALUACIÓN COMPONENTE ORGANIZACIONAL | 60 |
| 6.2.1. Dominio Fidelidad | 60 |
| 6.2.1.1. Categoría compromiso directivo: planeación y programación actividades AIEPI | 60 |
| 6.2.1.2. Categoría capacitación y entrenamiento | 61 |
| 6.2.2. Dominio calidad | 63 |
| 6.2.2.1. Categoría monitoreo y supervisión | 63 |
| 6.2.2.2. Categoría disposición de recursos | 64 |
| 6.2.2.3. Evaluación de adherencia a guías de los profesionales | 65 |
| 6.2.2.4. Metas ODS, percepción de la reducción de indicadores de morbilidad y mortalidad infantil | 66 |
| 6.3. EVALUACIÓN COMPONENTE COMUNITARIO | 68 |
| 6.3.1. Análisis de grupos focales líderes comunitarios | 68 |
| 6.3.2. Análisis de grupo focal madre o cuidador primario | 73 |
| 7. DISCUSIÓN | 83 |
| 7.1. COMPONENTE CLÍNICO | 83 |
| 7.2. COMPONENTE ORGANIZACIONAL | 86 |
| 7.3. COMPONENTE COMUNITARIO | 91 |
| 7.4. FORTALEZAS Y LIMITACIONES | 94 |
| 7.5. IMPLICACIONES EN SALUD PÚBLICA | 97 |
| 7.6. IMPLICACIONES ADMINISTRATIVAS | 98 |
| 8. CONCLUSIONES | 100 |
| 9. RECOMENDACIONES | 103 |
| 9.1. A NIVEL NACIONAL | 103 |
| 9.2. A NIVEL TERRITORIAL | 103 |
| 9.3. A NIVEL EPS | 104 |
| 9.4 A NIVEL INSTITUCIONAL IPS | 105 |
| 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 107 |
| 11.ANEXOS | 107 |

LISTA DE CUADROS

| | Pág. |
|---|------|
| Cuadro 1. Variables Calidad y fidelidad AIEPI. | 30 |
| Cuadro 2. Técnicas e instrumentos | 39 |
| Cuadro 3. Operacionalización variables módulo clínico: historia clínica. | 46 |
| Cuadro 4. Categorías de Análisis Grupos focal Madre o cuidador primario. | 47 |
| Cuadro 5. Categorías de Análisis Grupo focal Lideres comunitarios. | 48 |
| Cuadro 6. Categorías de Análisis Entrevista componente organizacional | 48 |
| Cuadro 7. Categorías de Análisis Encuesta Profesional Prestación de Servicios AIEPI | 49 |
| Cuadro 8. Descripción de las historias clínicas evaluadas por servicio de atención, sexo del paciente y clasificación AIEPI | 54 |
| Cuadro 9. Variable edad historias clínicas auditadas | 54 |
| Cuadro 10. Hallazgos en la evaluación de los criterios de calidad y fidelidad de la historia clínica | 55 |
| Cuadro 11. Descripción de las características de los profesionales evaluados en el componente clínico. | 56 |
| Cuadro 12. Variables Edad de los profesionales, tiempo de trabajo en la ESE y tiempo capacitación en AIEPI. | 57 |
| Cuadro 13. Variables conocimientos en AIEPI. | 57 |
| Cuadro 14. Variables conocimientos de AIEPI por profesional | 59 |
| Cuadro 15. Variables percepción del profesional | 59 |
| Cuadro 16. Grado de adherencia de los profesionales a AIEPI | 60 |

LISTA DE FIGURAS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Figura 1. Marco conceptual para la planeación e implementación de la estrategia AIEPI | 16 |
| Figura 2. Marco de trabajo Evaluación de Implementación de la estrategia AIEPI | 27 |

LISTA DE ANEXOS

| | Pág. |
|--|-------------|
| Anexo 1. Consentimiento informado Profesionales | 113 |
| Anexo 2. Consentimiento informado Comunidad | 116 |
| Anexo 3. Grupos Focales | 119 |
| Anexo 4. Instrumento grupos focal Líderes comunitarios | 121 |
| Anexo 5. Instrumento grupos focal Madre o cuidador primario. | 122 |
| Anexo 6. Evaluación implementación AIEPI y percepción del profesional. | 123 |
| Anexo 7. Entrevista componente organizacional | 126 |
| Anexo 8. Evaluación de historia clínica | 127 |
| Anexo 9. Aprobación del proyecto comité de ética en investigación de la Universidad del Valle (CIREH) | 128 |

1. RESUMEN

Introducción: La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), es una estrategia que enfrenta las principales causas de muerte en la niñez, a través de la prevención y del tratamiento mejorando las habilidades del personal de salud, los sistemas de salud y las prácticas de la familia y la comunidad. Entendiendo la salud infantil como uno de los elementos fundamentales y trazadores para la evaluación de la calidad, de la prestación de los servicios y la transición demográfica en un país, el Ministerio de Salud y la Protección Social en Colombia, ha definido la estrategia AIEPI como una política pública de alto impacto, para la prevención de la morbilidad y la mortalidad de este grupo poblacional, la cual contempla la Insuficiencia Respiratoria Aguda - IRA - como una enfermedad susceptible de manejo por su historia natural, sus factores de riesgos y fundamenta su atención en el manejo de la patología en los entornos institucionales y la prevención de sus complicaciones en los entornos comunitarios, descritos en el componente del AIEPI clínico y AIEPI comunitario.

Objetivo: Evaluar el alcance de la implementación de la estrategia AIEPI en el módulo IRA en una Empresa Social del Estado, Cali 2018.

Metodología: La presente investigación corresponde a una investigación evaluativa de programas y servicios de salud, con el objetivo principal de evaluar el alcance en la implementación de la estrategia AIEPI, desde sus componentes organizacional, clínico y comunitario, considerando dos atributos: calidad y fidelidad; donde se hicieron uso de técnicas y herramientas cualitativas tales como entrevistas semiestructuradas, grupos focales y revisión de historias clínicas, para lo cual se utilizó el método de análisis de discurso y cuantitativas que vincularon instrumentos estandarizados para la evaluación de la percepción de los diferentes actores, de los diversos componentes de la estrategia y donde el análisis se realizó en el software estadístico Epi info Vs 7.2, que estimó proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión según correspondía.

Resultados: El alcance de la implementación de AIEPI en la Empresa Social del Estado estudiada se encuentra en un grado medio para los componentes clínico y organizacional, visto desde los dominios de fidelidad y calidad; y el comunitario en un grado incipiente. En el componente clínico se observó la falta de adherencia a la guía de procedimientos de AIEPI en el manejo de la infección respiratoria aguda, lo que puede deberse a que menos del 80% de los profesionales en atención al niño se encuentra capacitado; en el componente organizacional la falta de un plan

operativo institucional que permita formalizar y visualizar el flujograma de implementación, para su posterior evaluación y control facilita la desviación de los procesos que conllevan a una mayor utilización de recursos en la prestación del servicio, como son los servicios de apoyo, servicios de urgencias e insumos; y en un grado incipiente en el componente comunitario afectando la búsqueda temprana de servicios para evitar complicaciones en el menor de 5 años.

Palabras claves: Salud del niño, Salud Pública, Política pública, Enfermedades Respiratorias, Investigación en servicios de salud, Calidad de la Atención de Salud, IMCI.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, es una estrategia elaborada en conjunto por la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Se enfoca en la reducción de las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de las enfermedades principales, que pueden afectar la salud de los niños y que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones e incluso la muerte. (1)

La estrategia AIEPI propone la integración de tres componentes para proveer la atención y cuidado del niño con calidad: El componente de organización local, clínico y el comunitario. El primero se enfoca en la gestión local, así como la interacción entre las instituciones que componen la red de apoyo y la articulación con otros programas, estrategias y proyectos; el segundo propende por mejorar el desempeño y las habilidades del personal de salud para la prestación del servicio y el último busca mejorar las prácticas familiares y comunitarias para el cuidado del menor. (1)

Actualmente la estrategia AIEPI es considerada la principal intervención disponible para mejorar las condiciones de salud de la infancia en los países en desarrollo, para contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad en los menores de cinco años; siendo su mejor resultado los avances en la reducción de la tasa mundial de mortalidad infantil, con una disminución del 56 %, pasando de 91 a 43 muertes por cada 1.000 nacidos vivos desde 1990 al 2016.(2) Comportamiento similar en América Latina, donde se observó una reducción para el mismo período del 67%,(3) y para Colombia en el período 1998 a 2014 se reportó una decrecimiento del 41,87%. (3)

Sin embargo, es necesario hacer más para alcanzar la meta número 3.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que busca que todos los países intenten reducir la mortalidad de niños menores de 5 años, al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos,(4) condición que obliga a desarrollar acciones y priorizar eventos evitables, siendo la infección respiratoria aguda, una de las patologías en menores de 5 años de más alto impacto en la salud pública, dada su historia natural, que cuenta con mecanismos para su prevención, tratamiento y control, y que representa

un poco más del 8% (7.568)(3) de las muertes durante la infancia, ocupando el tercer lugar después de las afecciones del período perinatal y las malformaciones congénitas.

En Colombia para el año 2016, se reportó una tasa de mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas de 13,84 por cada 100.000 niños menores de 5 años, (5) mientras que Cali reportó una tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años de 12,4 por cada 100.000, siendo más alto en indicador en menores de 1 año con una tasa de 49,2 por cada 100.000 (6), lejos de la propuesta presentada en el Plan Decenal de Salud Pública, de acuerdo a lo publicado en la Encuesta Nacional de demografía y salud en 2010, donde se considera que para el año 2021 se logrará la reducción progresiva de la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (incluida Neumonía), a menos de 8,9 casos por cada 100.000 menores de cinco años, por lo que esta patología ha sido priorizada para ser objeto de intervención y de control.(7)

El Ministerio de Salud y la Protección social, inició en el año 1999 en Colombia, la inclusión de la estrategia AIEPI como política para la reducción de los indicadores de morbilidad y mortalidad infantil, comenzando con su inclusión en el Plan Nacional de Salud Pública, en el componente de salud materno infantil, que hoy se considera en el Plan Decenal de Salud Pública en la dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles, la cual es operacionalizada a través de los Planes de Desarrollo del Municipio de Cali, y los planes territoriales de salud, con destinación de recursos para los procesos de alistamiento e implementación, en Centros de Salud y Hospitales públicos ahora llamados Empresa Social del Estado (ESE), iniciando con una sensibilización y capacitación del componente clínico, y finalmente incluyendo el componente de atención comunitario.

Sin embargo y como se documentó con antelación y se estableció en algunas investigaciones que han abordado indicadores de impacto de la estrategia AIEPI los resultados esperados se encuentran muy por debajo de las metas definidas por el nivel nacional e internacional, condición que puede deberse a múltiples factores, que pueden afectar el proceso de la implementación de la estrategia, como es, el grado de fidelidad y calidad en que esta intervención se ha incorporado o adoptado en las organizaciones y la comunidad. (8-10),

En Santiago de Cali en términos de procesos de evaluación, la Dirección Territorial de Salud ha realizado seguimiento a los procesos de capacitación y asistencia técnica en la implementación de la estrategia AIEPI, con un especial énfasis en los

componentes clínico y comunitario a partir del 2004, desde la perspectiva de adherencia a guías propuestas por la estrategia, por lo que la evaluación de sus tres componentes resulta fundamental, dado que incorpora aspectos de estructura, organización, formación y gestión, en lo institucional, clínico y comunitario y que hacen necesario determinar **¿Cuál es el alcance de la implementación de la estrategia AIEPI, en el módulo IRA, en una Empresa Social del Estado de la ciudad Santiago de Cali?**, como insumo que contribuya a mejorar el desempeño, añadir o suprimir actividades, asignar recursos, generar conocimiento, replicar en otros contextos; y así lograr las metas propuestas por la estrategia, además de aportar a nuevas investigaciones en el área de investigación evaluativa en el marco de políticas públicas y programas de servicios de salud.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1 Teorías que fundamentan AIEPI

2.2.1.1 Teoría de modelos de creencias de salud. El modelo de creencias en salud fue uno de los primeros que adoptó la teoría de la ciencia del comportamiento a los problemas de salud, y sigue siendo uno de los marcos conceptuales más ampliamente reconocidos del comportamiento relacionado con la salud. Originalmente fue introducido en los años 50 por psicólogos que trabajaban en el servicio de salud pública de los Estados Unidos. (9)

El modelo de creencias en salud se explicaba en términos de cuatro ideas que representan la amenaza percibida y los beneficios netos: SUSCEPTIBILIDAD percibida, GRAVEDAD percibida, BENEFICIOS percibidos Y BARRERAS percibidas. Según se planteó, estos conceptos explicarían la “disposición a actuar” de las personas. Otro concepto agregado, SEÑALES PARA LA ACCIÓN, activaría dicha disposición y estimularía el comportamiento abierto. Un reciente agregado a este modelo es el concepto de auto eficacia, o la confianza propia en la capacidad de desempeñar con éxito una acción. Este concepto fue agregado por Rosenstock y otros en 1988, para ayudar al modelo de creencias en salud a ajustarse mejor a los desafíos de los cambiantes comportamientos habituales no saludables, como vida sedentaria, hábito de fumar o comer en exceso. (9)

El modelo de creencias en salud tiene “un buen ajuste”, cuando el comportamiento o la afección que constituye el problema suscitado es una motivación; punto central del AIEPI comunitario el cual está dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias; a la modificación de la percepción de la enfermedad y conductas

aprendidas para su manejo. El modelo de creencias en salud puede ser útil para analizar la falta de acción o de cumplimiento del cuidador y aumentar el uso de los servicios preventivos.

2.2.1.2. Teoría enfoque de riesgo. El objetivo de esta teoría es la identificación de subgrupos en la población que están en alto riesgo de desarrollar enfermedades. En esta teoría las personas no son iguales en lo que se refiere a sus riesgos para la salud, por lo tanto, la teoría plantea que los problemas de salud, y sus causas no son igualmente importantes. Pueden valorarse y diferenciarse en función de su frecuencia, su gravedad y/o su vulnerabilidad y teniendo en cuenta que los recursos son insuficientes se hace necesario: identificar factores a riesgo, identificar grupos a riesgo priorizar los problemas y realizar intervenciones oportunas. (10)

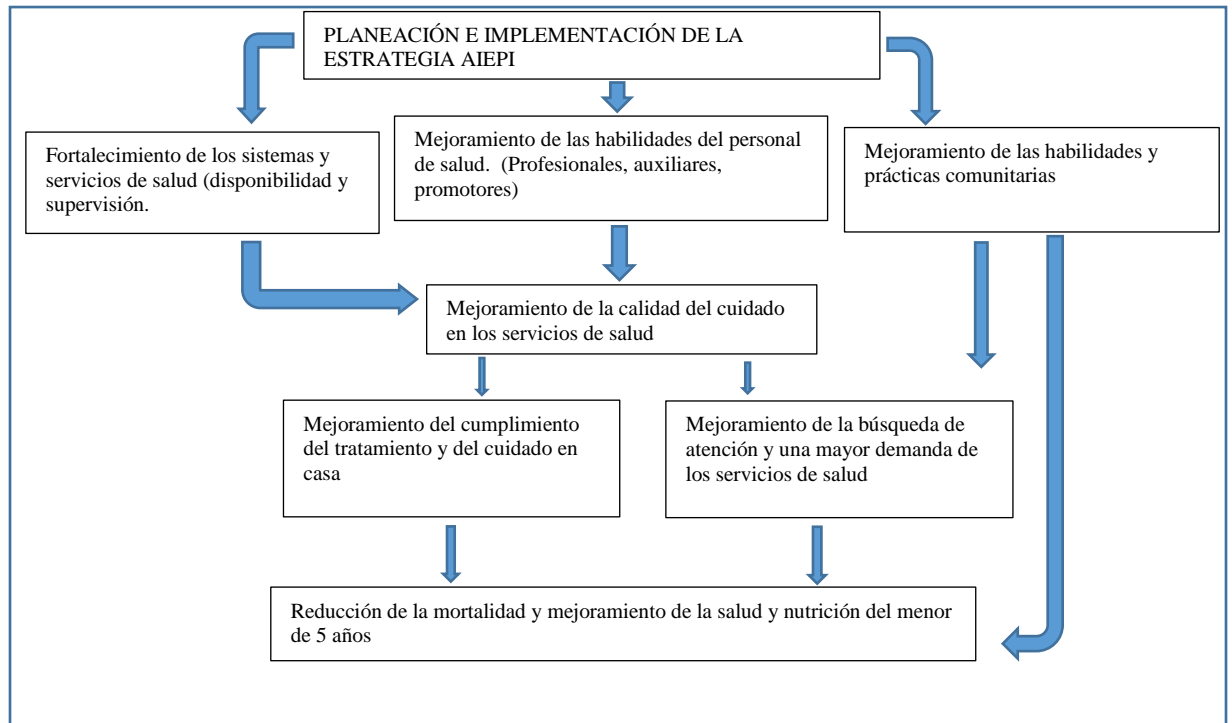
Este es otro concepto teórico fundamental en lo cual se basa las dos primeras líneas de la estrategia AIEPI: el desempeño del personal (priorización de factores de riesgo y enfermedades graves), y la organización y funcionamiento de los servicios de salud (aplicación de programas de prevención- protocolo de atención AIEPI).

En general, se puede decir que la combinación de las dos teorías de la estrategia explica en qué forma las acciones de la AIEPI producirán resultados deseados en la población meta: reducción de complicaciones de las enfermedades prevalentes en niños menores de 5 años.

Basados en las teorías en las cuales se desarrolla la estrategia AIEPI se tiene el marco conceptual para la planeación e implementación de la estrategia.

En el nivel inicial de su implementación se deben articular el fortalecimiento de los servicios de salud, con el mejoramiento de las habilidades del personal, dando como resultado un mejoramiento en la calidad del servicio. Igualmente en paralelo se deben mejorar las habilidades y practicas comunitarias para lograr una búsqueda oportuna de la atención y en combinación con un mejor servicio el cumplimiento del tratamiento y cuidado en casa. Al final es resultado en la reducción de la mortalidad infantil y el mejoramiento del estado de salud de la población.

Figura 1. Marco conceptual para la planeación e implementación de la estrategia AIEPI



Tomado de guía Operativa para la implementación de AIEPI EPS- IPS Colombia 2011

2.2.2 Evaluación de la implementación de programas en salud

2.2.2.1. Evaluación de programas de promoción y prevención. Para responder a la evaluación de programas de promoción y prevención, Shadish formuló una definición de evaluación basada en elementos fundamentales: suponer que los programas están orientados a un problema específico y que generan un mejoramiento de la situación en relación con el problema, identificando, qué criterios y estándares deben ser tenidos en cuenta para la evaluación que refleje el pensamiento de los evaluadores sobre las condiciones necesarias para producir el conocimiento sobre el programa y los propósitos a los que contribuye. (11)

Lo anterior se constituye en un marco que aclara la naturaleza de la evaluación en general y de la promoción y prevención en particular. Rootman y colaboradores, además, mencionan que toda evaluación en promoción y prevención debe incluir

diferentes etapas, que van desde la descripción del mismo, la identificación de los temas o preguntas a tener en cuenta en la evaluación, el proceso de obtención de la información, el análisis, las recomendaciones y la difusión de los hallazgos a otras audiencias para la toma de decisiones basadas en resultados. (12)

En programas sociales como los de promoción y prevención, las preguntas de evaluación relevantes y, por tanto, su diseño, deben estar basadas en una conceptualización comprensiva de las intervenciones, dado que son complejas, e involucran una fuerte interacción con su contexto.

De acuerdo a esto, Potvin y colaboradores plantean un modelo en el cual conectan los componentes de un programa definidos según la teoría de sistemas, con las preguntas de evaluación relacionadas con dichos componentes, es decir la relevancia con las condiciones iniciales de la situación en particular con los objetivos a formular; la coherencia entre lo que se planteó y los recursos y las actividades para tal fin; y los resultados y los logros atravesando toda la implementación del programa. (15)

Según los autores para evaluar la implementación se tienen los siguientes criterios:

1. Coherencia: ¿qué tan coherentemente la teoría de intervención del programa está ligada con los objetivos, recursos y actividades/servicios de este?
2. Logros: ¿cuáles son los logros de las actividades/servicios del programa?
3. Relevancia: ¿qué tan relevantes son los objetivos del programa para la población objetivo en la que se espera el cambio?
4. Capacidad de respuesta a los cambios: ¿qué tanto responden los componentes del programa a las condiciones del ambiente?
5. Resultados: ¿cuál es la influencia del programa en los cambios presentados en la población objetivo? (13)

El modelo de evaluación de programas según la teoría de sistemas plantea un vacío en la investigación de la implementación de los mismos, la cual da cuenta de las direcciones o desviaciones que surgen como mecanismo de adaptación de las políticas y/o programas al entorno.

2.2.2.2. Investigación en implementación de programas y/o políticas.

Aunque la investigación sobre la implementación de políticas puede no estar preocupada con el descubrimiento de nuevos productos para la salud o probar la seguridad o la eficacia de las intervenciones clínicas, con frecuencia aborda las estrategias necesarias para suministrar o implementar esos productos o intervenciones.

Las investigaciones de implementación también pueden ser concebidas para mejorar aspectos socioculturales, por ejemplo, mediante el refuerzo de la aceptabilidad o la adopción de la intervención, o pueden afectar aspectos tales como la calidad y los costos de los servicios prestados.

Por lo general, las investigaciones de implementación incluyen: el refuerzo de las capacidades de los gobiernos (políticas públicas, supervisión y organismos de financiamiento); el mejoramiento del desempeño, tanto de las organizaciones encargadas de la implementación y de los proveedores; el fortalecimiento de las capacidades y del desempeño de cada proveedor y de los trabajadores de primera línea; el empoderamiento de las comunidades y los hogares; y el apoyo a múltiples partes interesadas comprometidas con el mejoramiento de la salud. (16)

Así mismo, la investigación evaluativa en implementación es una construcción de orden práctico, es decir, la descripción de una situación que se evalúa como conflictiva y que puede ser mejorada. (17)

La evaluación de implementación de programas se realiza en períodos establecidos y es de corte transversal y permite la formulación de conclusiones acerca de lo que se observa a una escala mayor, en aspectos tales como la fidelidad y las desviaciones del modelo aplicado. (17)

La evaluación de programas de salud puede estar orientada: 1) Al diseño (ex ante), 2) A los procesos (concurrente) o a los productos, 3) A lo impacto y efectos (ex post). (17)

1. La evaluación del diseño comprende la valoración de los insumos (recursos humanos, materiales, temporales y financieros) que una determinada política, programa o proyecto prevé movilizar para dar respuesta a un determinado problema social.

2. La evaluación de procesos y su implementación se focaliza en los medios que se utilizan para alcanzar los objetivos. Los procesos son el objeto por excelencia de la evaluación concurrente, aunque la evaluación ex post también puede considerarlos.

3. La evaluación de productos se concentra en el grado de logro de las metas propuestas y es objeto de las evaluaciones ex post. También lo es la evaluación de efectos o impacto que considera, particularmente, los productos desarrollados a mediano y largo plazo. (17)

Estas diferencias de temporalidad (ex ante, concurrente, ex post) responden a distintos objetivos.

La evaluación ex ante permite determinar la viabilidad de la intervención, es decir, la posibilidad real de que pueda ser implementada con éxito y la trascendencia social de la política, programa o proyecto, esto es, su idoneidad y pertinencia para generar impacto social.

La evaluación concurrente, es la que se realiza durante la ejecución, y permite indagar sobre la eficacia de acuerdo con el ritmo de su ejecución, su eficiencia en términos del uso de los recursos, y la productividad con relación entre recursos invertidos y resultados alcanzados. (17)

La evaluación concurrente es un insumo para corregir los cursos de acción es decir la fidelidad en la implementación o las variaciones a adaptar de los programas o políticas en salud, siendo esta un estudio transversal que se realiza en un momento específico del proceso de implementación.

A través del diseño de la evaluación concurrente, se busca realizar un balance para determinar en qué medida la situación resultante (luego de un tiempo de transcurrida la ejecución de la política, programa o proyecto) supera a la situación inicial (determinada por la línea de base) y se acerca a la situación deseada (definida por las metas y objetivos). (17)

Por eso, en la evaluación concurrente se evalúa el diseño de la intervención, la ejecución y sus efectos. Su utilidad radica en que permite la retroalimentación para la toma de decisiones en relación con lo programado inicialmente. Colabora, además, en la selección de alternativas de acción para corregir limitaciones que se generaron durante la implementación y en la identificación de aquellas “buenas prácticas” que ya se están desarrollando. Se retroalimenta así el proceso de

implementación con los recursos y aprendizajes adquiridos. (17)

La evaluación ex post se realiza al finalizar la ejecución y examina, a partir de la situación inicial, los cambios que se generaron a lo largo de su implementación

¿Por qué evaluar la implementación de la estrategia AIEPI

El objetivo principal de una evaluación es ayudar en el proceso de toma de decisiones. Los tomadores de decisiones están cada vez más convencidos de la importancia de las evaluaciones como un instrumento útil que va a permitir cambios o ajustes en las políticas de implementación de los programas. (18)

Existen varios objetivos al evaluar la estrategia AIEPI, entre ellos: determinar si las metas son alcanzadas y medir el nivel del logro (impacto), así como la forma como se ejecutó (evaluar la implementación); observando la coherencia y adherencia a las guías, la efectividad de las diferentes estructuras organizativas y la de prestación de servicios; proporcionando conocimiento científico y proponer hipótesis para estudios futuros; y desarrollar nuevos abordajes y estrategias para futuros programas. (1)

Una de las maneras como se logra hacer salud pública basada en la evidencia es a través de la evaluación de programas. Pero de manera más simple, la evaluación de esta estrategia sirve para determinar la forma como se puede llegar a una continuidad más eficiente, así como mejorar su desempeño, añadir o suprimir algunas actividades, asignar recursos, generar conocimiento y, muy importante, replicar el programa en otros lugares y otros contextos; sirve para esclarecer la frecuente desigualdad de la relación entre lo que teóricamente se puede lograr y lo que se consigue en la práctica, mediante las experiencias de los profesionales y las comunidades en las que prestan servicios. (19)

Según Dane y Schneider, (19) la fidelidad de implementación de los programas contiene cinco dimensiones: adherencia (cumplimiento del programa), dosis (cantidad de sesiones), calidad (competencia de los facilitadores), diferenciación (singularidad de los componentes del programa que están presentes) y aceptación (satisfacción de los participantes). Hay autores que señalan la necesidad de evaluar todas las dimensiones para tener una visión completa de la fidelidad mientras que otros analizan una o varias dimensiones, al asumirse una alta correlación entre los elementos de la fidelidad. (20)

2.2.3 Marco Legal AIEPI

En desarrollo de las competencias consagradas en la Constitución Política, la Ley 9 de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 691 de 2001, Ley 1122 de 2007 y la Ley 1151 de 2007, el Ministerio de la Protección Social, como ente rector del Sistema de Protección Social, del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y del sector salud, tiene la función de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren la condiciones de salud de la población.

- ✓ La Ley 100 de 1993 incluye en su reglamentación las normativas que definen las acciones y compromisos de los diferentes actores para garantizar las acciones colectivas e individuales a favor de la infancia las cuales incluyen entre otras las siguientes:
 - La Resolución 5261 de 1994 establece el Manual de actividades procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento en el POS, como herramienta legal que ampara las acciones realizadas en el POS con cargo a la UPC del Régimen Contributivo y del Subsidiado y sirve como marco de referencia para los no afiliados.
 - El Acuerdo 117 de 1998 del Consejo nacional de Salud y Seguridad Social define las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento para la atención de las enfermedades de interés en salud pública
 - La Resolución 412 de 2000 adopta normas técnicas y guías de atención que adopta las normas técnicas de protección específica (atención al recién nacido, aplicación del esquema de vacunación, atención del parto y atención en planificación familiar a hombres y mujeres); normas técnicas de detección temprana (alteraciones del crecimiento y desarrollo de menores de 10 años y alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años y alteraciones del embarazo) y las guías de atención y recuperación de enfermedades prioritarias en salud pública donde están incluidas las enfermedades prevalentes en la infancia AIEPI.

La norma técnica nacional adoptada por la Resolución 412 de 2000,

para detectar e intervenir en forma temprana los problemas de salud que afectan el desarrollo de la población colombiana menor de 10 años, tiene como objetivo general “brindar pautas para la atención integral con calidad para el niño sano menor de 10 años en todo el territorio nacional, a fin de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por causas evitables. Los objetivos específicos de esta norma pretenden:

- Promover la salud, el crecimiento y desarrollo armónicos de todos los niños y niña.
 - Fomentar condiciones y estilos de vida saludables, potenciando factores protectores y controlando factores de riesgo, Promover el buen trato, los vínculos afectivos y las prácticas de crianza humanizada entre padres, cuidadores, adultos y los niños.
 - Evaluar las condiciones de salud, los riesgos para la misma y el proceso de crecimiento y desarrollo mediante el seguimiento periódico del proceso vital.
 - Fomentar una alimentación saludable, con aportes nutricionales adecuados para la edad, lactancia materna en los primeros años, complementaria balanceada y suplementación con micro nutrientes.
 - Prevenir las enfermedades más frecuentes y los accidentes, promoviendo medidas de protección específica como la vacunación y las recomendadas en la estrategia AIEPI.
 - Identificar oportunamente los problemas que afectan a los y las menores de 10 años
 - Impulsar los componentes de salud oral, visual y auditiva.
 - Fomentar la participación comunitaria y la articulación con el sector educativo como estrategias para fomentar la salud integral de los niños.
- La Resolución 3384 de 2000, precisa la responsabilidad de las administradoras en lo relacionado con las acciones procedimientos e intervenciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud; la garantía del acceso de la población afiliada, el ajuste de metas inicialmente definidas en las Normas Técnicas y la implementación del registro de actividades cumplidas por las Empresas Promotoras de Régimen Contributivo y Subsidiado.
- ✓ La Ley 715 de 2001, define las competencias en salud y asigna recursos de

la nación, los departamentos y distritos y de los municipios; a estos últimos les corresponde el aseguramiento de la población y la ejecución de programas en salud pública.

- ✓ A través del Conpes Social 091 de 2005 Colombia estableció las metas y estrategias para el logro de los Objetivos de desarrollo del Milenio para 2015 planteándose como principal reto el de la equidad, en respuesta a las grandes desigualdades existentes entre regiones, entre áreas urbanas y rurales y entre grupos poblacionales distinguidos con base en su nivel de ingresos. Así mismo ha incorporado las metas del Milenio en el Plan de Desarrollo Nacional 2006 - 2010 y en un ejercicio de discusión que se ha denominado Visión Colombia Segundo Centenario; ello permitirá garantizar el cumplimiento de las metas antes de 2015 concentrando los esfuerzos en el tema de educación, expansión en el cubrimiento de salud y mejoramiento del acceso a agua potable y saneamiento básico
- ✓ La ley 1098 de 2006 Código de la Infancia y la Adolescencia establece la Protección integral de los infantes y adolescentes como un sistema de derechos y garantías, políticas públicas y restablecimiento de los derechos. Enuncia dentro de las obligaciones de la familia formar, y colaborar con la escuela en la educación de niños y niñas y como obligaciones del Estado entre otras. En su artículo 27: Derecho A La Salud establece la define Obligatoriedad de la atención por parte de todas las instituciones prestadoras de salud pública o privada de brindar de atender a los niños y a las niñas. En su artículo 29 sobre desarrollo integral en la primera infancia define como derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos. De igual forma establece la obligatoriedad de garantizar el registro civil de todos los niños y las niñas.
- ✓ El Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010, adoptado por el Decreto 3039 de 2007 en coherencia con las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 2006 - 2010, previstas en la Ley 1151 de 2007, y en cumplimiento de lo estipulado en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2006, define las prioridades en salud de los próximos cuatro años, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento, y las enmarca en las competencias de todos los actores involucrados conforme a los recursos disponibles. El Alcance del Plan Nacional de Salud Pública es definir la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población colombiana, prolongar

la vida y los años de vida libres de enfermedad, promover condiciones y estilos de vida saludables, prevenir y superar los riesgos para la salud, recuperar y minimizar el daño. Los propósitos de este Plan son: Mejorar el estado de salud de la población colombiana; evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad; enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica y disminuir las inequidades en salud de la población colombiana.

- ✓ El CONPES 109 de diciembre 3 de 2007 Define la política Pública Nacional de primera infancia “Colombia por la primera infancia”; sus principios se enmarcan en la perspectiva de derechos y de protección integral, establecidos en la Constitución Política y en la Ley 1098 de 2006, y en el Sistema de Protección Social como el instrumento del Estado para garantizar los derechos. Parte de la familia como eje fundamental para el desarrollo integral de los niños y las niñas de 0 a 6 años, que está orientado por los parámetros del amor, la ternura y el reconocimiento de la dignidad y los derechos de todos sus miembros.
- ✓ La Ley 1295 del 06 de abril de 2009 Reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del SISBEN, su objetivo es contribuir a mejorar la calidad de vida de las madres gestantes, y las niñas y niños menores de seis años, clasificados en los niveles 1, 2 Y 3 del SISBEN, de manera progresiva, a través de una articulación interinstitucional que obliga al Estado a garantizarles sus derechos a la alimentación, la nutrición adecuada, la educación inicial y la atención integral en salud. A partir de la sanción de la ley existen seis meses para la implementación y la formulación de los decretos reglamentarios que permitan su cumplimiento.
- ✓ La ley 1438 de 2011 Plantea el eje del proceso de articulación de la salud pública, evidenciado como prioritario el bienestar de los ciudadanos planteando aspectos importantes desde los determinantes sociales. Se busca fortalecer el sistema de seguridad social a través de un modelo de ATENCION PRIMARIA EN SALUD. La nueva legislación, promueve la protección y la asistencia a grupos vulnerables, tales como mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva; así como a niños y adolescentes, con el objeto de brindarles una atención en salud integral.
- ✓ De cero a siempre La estrategia busca trabajar por la primera infancia en

diferentes frentes, sin descuidar ninguno entre los que están: servicio integral de salud, que beneficie la atención prenatal de la madre gestante, el seguimiento al crecimiento y desarrollo del bebé, su vacunación, condiciones adecuadas de vivienda, acceso a agua potable, una familia con empleo y en actividades productivas, un espacio educativo pertinente, una excelente nutrición, y unos espacios alegres, verdes y seguros.

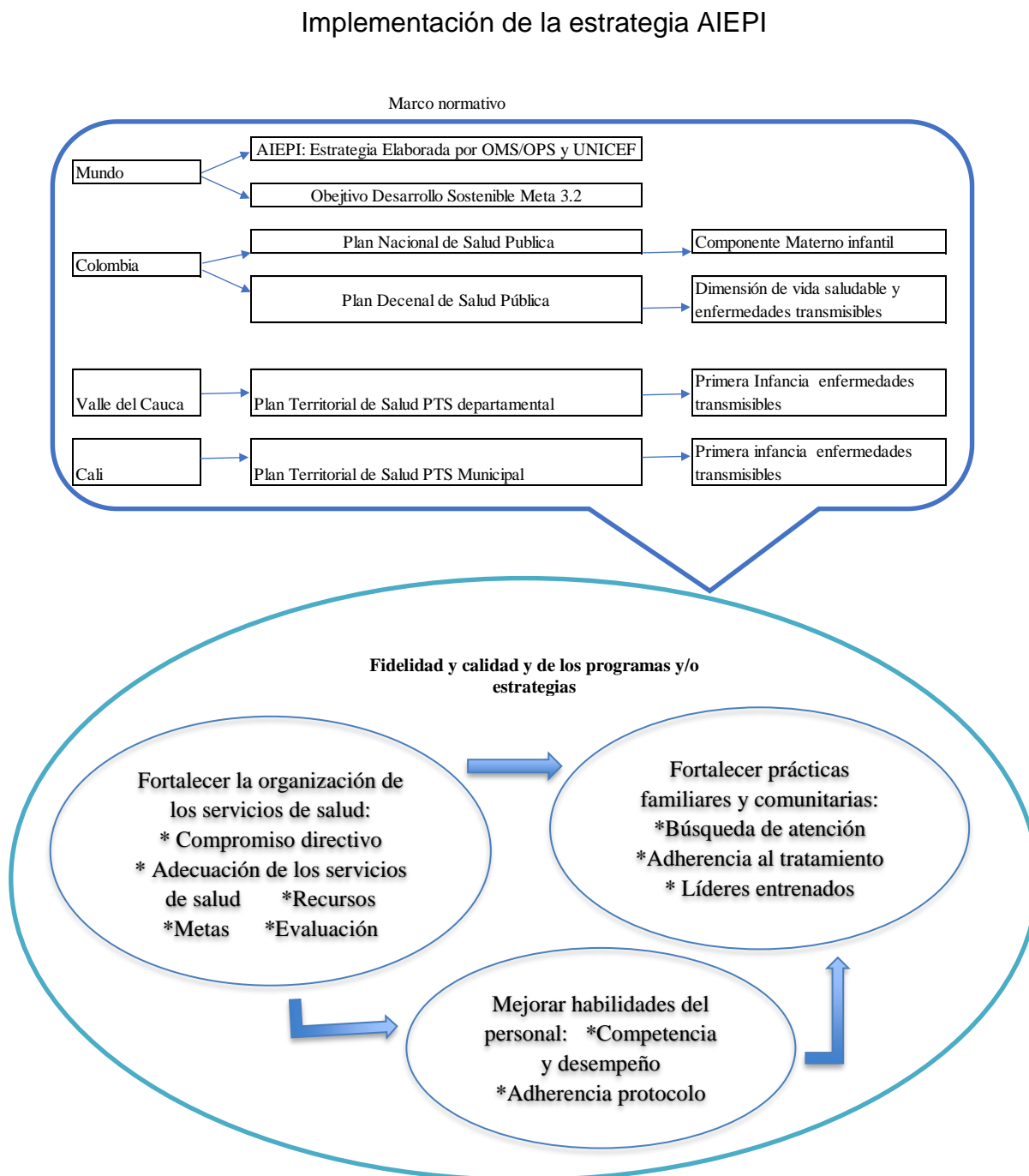
- ✓ Plan decenal de salud pública 2012-2021: en el componente de vida saludable y enfermedades transmisibles donde se traza el derrotero para IRA el cual tiene una meta de reducción progresiva de la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (incluida neumonía) buscando llegar a una mortalidad por neumonía de menos de 8,9 casos por cada 100 mil menores de cinco años, y que define como una de las estrategias el desarrollo del componente comunitario para la prevención y cuidado adecuado de los casos de IRA leve en casa en el contexto de la AIEPI, y nuevamente de forma explícita lo cita en el componente atención integral y diferencial de las niñas, niños y adolescentes en el entorno de los servicios de salud, en la estrategia de calidad de la atención, la implementación nacional de la política de Atención Integral a la Infancia que incluye entre otras, la implementación y fortalecimiento de la estrategia de Atención Integral en las Enfermedades Prevalentes en la Infancia AIEPI.
- ✓ Plan decenal de salud pública 2012-2021: Política de talento humano en salud implementada, con monitoreo y evaluación que permita el fortalecimiento de las competencias del capital humano que atiende a madres, gestantes, recién nacidos, niñas, niños y adolescentes.
- ✓ Plan territorial de salud Valle del Cauca 2016-2019: en el capítulo de prioridades sectoriales del PTS, dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles, la meta es mantener por debajo de 18 por 10.000 menores de cinco años, la tasa de mortalidad, mejorando la prestación del servicio PAI y AIEPI. Asistir al 95% de los actores del Sistema General de Seguridad Social en salud, Direcciones locales de salud, Empresas Administradoras de planes de beneficios, y Empresas Sociales del Estado en fortalecimiento institucional del programa ampliado de inmunizaciones (PAI) y la estrategia de AIEPI, durante el periodo de gobierno.
- ✓ Plan territorial de salud Cali 2008-2011: Aumentar en 20% la implementación de la estrategia AIEPI en las IPS públicas y disminución entre el 10 y 15% la

mortalidad por IRA en menores de 5 años

- ✓ Plan territorial de Salud Cali 2012-2021: Dimensión primera infancia: Continuar con las estrategias en las cuales se ha desarrollado un trabajo importante especialmente la Participación social y comunitaria, la estrategia de Cero a Siempre, estructurante salud, alimentación y nutrición, estándares o sea protocolos, rutas y directorios especialmente en el cumplimiento del esquema de vacunas en los centros de vacunación en las dos modalidades institucionales y familiares, estrategia AIEPI, en el cumplimiento de la práctica clave número 5. Aumentar al 100% las IPS Públicas que implementan la atención integral en salud a la primera infancia a diciembre de 2019

2.4 Marco de trabajo evaluación de implementación de la estrategia AIEPI

Figura 2. Marco de trabajo Evaluación de implementación de la estrategia AIEPI



Fuente: elaboración propia

La presente investigación considera como marco de trabajo, los aspectos que se definen como fundamentales en el proceso de la implementación de la estrategia AIEPI, que tiene en cuenta el componente organizacional, las habilidades en la prestación del servicio y las habilidades en la práctica comunitaria, incorporando dos aspectos objetos de evaluación de implementación de los programas: *la fidelidad*, siendo definida según Dusenbury, Brannigan, Falco y Hansen, (2003) (21) como el grado en que los profesionales u otros aplicadores del programa lo implementan como pretendieron sus autores y *la calidad* dividida en dos dimensiones: la técnica y la funcional (Donabedian, 1980) (22)

La calidad técnica se refiere a la exactitud del diagnóstico médico y al ajuste a las especificaciones profesionales de los procedimientos aplicados. La calidad funcional se relaciona con la manera en la cual el servicio es prestado al usuario, permitiendo ver hasta qué punto se cumple lo previsto, o si en su desempeño los servicios se apartan de lo planificado. (21)

Desde las variables calidad en el componente clínico se evaluó el grado de cumplimentación de la historia clínica, el conocimiento de los signos de alarma a evaluar en el menor de 5 años y la patología IRA en el marco de AIEPI, y la percepción de las dificultades en la aplicación de la estrategia; en el componente organizacional, el cómo se lleva a cabo el proceso de monitoreo y supervisión de la ejecución de la estrategia, disponibilidad de recursos, evaluaciones de adherencia de los profesionales a la aplicación de la misma y metas del programa AIEPI; y en el componente comunitario, el mejoramiento de habilidades en prácticas comunitarias con relación al entorno, capacidades comunitarias, cumplimiento del tratamiento en casa por parte del cuidador y el mejoramiento en la búsqueda de atención (señales de alarma).

Desde la variable de fidelidad, en el componente clínico, la capacitación y/o entrenamiento a los profesionales a cargo de la estrategia AIEPI, la clasificación del menor, de acuerdo al modelo de la estrategia AIEPI, el esquema de tratamiento utilizado, la educación realizada al cuidador del menor de 5 años y la consulta de control de acuerdo a flujograma de atención; en el componente organizacional, el compromiso directivo en términos de planeación, implementación, evaluación y monitoreo de actividades de AIEPI; y en el módulo comunitario, proceso de incorporación de líderes comunitarios a la estrategia AIEPI de la ESE.

A continuación, se refleja el diagrama que atraviesa la implementación de la estrategia AIEPI desde las variables fidelidad y calidad, teniendo en cuenta que la

calidad es **transversal** a los procesos de fidelidad para la implementación de la estrategia AIEPI; objetos de la presente investigación.

Cuadro 1. Variables Calidad y fidelidad AIEPI.

| IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA AIEPI | | | |
|--|---|--|--|
| DIMENSIONES MARCO DE TRABAJO | FIDELIDAD | | |
| | Variable fidelidad componente compromiso directivo | Variable fidelidad componente adherencia a la intervención y satisfacción laboral | Variable fidelidad componente dosis: cuidador primario, comunidad |
| | ORGANIZACIONAL | CLINICO | COMUNITARIO |
| CALIDAD Transversal a la Fidelidad Componentes: * Competencia y desempeño (organizacional y profesional) * Adecuación * Continuidad | Objetivo: FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD *Existencia de equipo líder que dinamice las acciones de AIEPI *Programación de las acciones de protección, y detección de los problemas de salud de la niñez *Diseño y aplicación del plan de capacitación con seguimiento y control a la aplicación de AIEPI *Adecuación de espacios y dotación de equipos, insumos, medicamentos, y registros para la aplicación de AIEPI * Asignación de recursos financieros *Gestión de procesos de autorización de servicios, comités de medicamentos, registros, referencia y contra referencia según lo estipulado en AIEPI *Proveer y realizar revisión periódica y análisis de los registros de AIEPI *Evaluar el cumplimiento de la aplicación de AIEPI en consulta externa, hospitalización y urgencias. | Objetivo: MEJORAMIENTO DE LAS HABILIDADES DEL PERSONAL DE SALUD Capacitación, asistencia técnica, monitoreo y evaluación del personal capacitado en AIEPI Mejoramiento de las habilidades del equipo de salud para la aplicación de AIEPI Estrategias de comunicación social: signos de alarma, demanda de servicios Actualización permanente de guías y protocolos de la atención AIEPI Capacitación para el seguimiento del menor de 5 años con enfermedad prevalente de la infancia | Objetivo: MEJORAMIENTO DE LAS HABILIDADES Y PRACTICAS COMUNITARIAS Realizar acciones de movilización social para inducción de la demanda temprana a los servicios de salud enfocados en el menor de 5 años Capacitación a la comunidad hacia la búsqueda temprana signos de alarma. Formación de padres, madres, docentes y cuidadores del menor de 5 años. Elaboración de material educativo Conformación de una red de sectores e instituciones para apoyar a las familias Convocatoria a Talleres y reuniones con los actores involucrados |

Fuente: elaboración propia

2.5. Estado del Arte.

La ejecución de la AIEPI en un país comprende tres fases. En la primera se llevan a cabo las actividades de introducción de la AIEPI, lo que conduce a una decisión del ministerio de Salud sobre la conveniencia, aplicabilidad y planes de desarrollo.

La segunda fase consta de actividades de ejecución inicial, en la que cada país adapta las directrices clínicas genéricas de AIEPI a su perfil epidemiológico y cultural y se realiza el piloto de la ejecución en un número reducido de zonas. La tercera fase, llamada de expansión, se basa en la experiencia adquirida durante las primeras fases de ejecución para introducir una amplia gama de actividades de AIEPI y aumentar el acceso a ellas en el resto del país. (23)

Si bien la estrategia AIEPI es una política impulsada por la OMS, y ya se encuentra establecida dentro de los lineamientos de la atención al menor de 5 años, se encuentran pocos estudios acerca de su implementación; pilar fundamental para la consecución de los objetivos sobre el impacto en las enfermedades prevalentes de la infancia. No obstante, en la revisión de literatura se encuentran investigaciones que cuentan del impacto y reducción de la morbilidad y mortalidad en la niñez y algunos bosquejos dentro de los resultados acerca de la fidelidad en la aplicación de la estrategia.

Uno de ellos es un estudio que cuenta sobre la evaluación de la calidad en el desempeño de los profesionales en salud en Kenya África, donde se observó que las 5 principales dificultades para llevar a cabo la AIEPI según los trabajadores de salud se encontraban en el proceso de atención: no disposición de medicamentos o insumos 82%, demasiado trabajo 40%, tomaba mucho tiempo 29%, madres pedían inyecciones 22%, no apoyo de otro personal 20%, y que menos del 10% de los niños recibió una evaluación completa. (24)

La “encuesta de implementación global de la Gestión integrada de la enfermedad infantil (AIEPI): 20 años después”, realizada en el año 2016, mostró que el 81% de los países donde se llevó a cabo el estudio, informaron que la implementación de AIEPI abarcaba los tres componentes. (25)

Casi la mitad (46%; 44 países) informó la implementación en el 90% o más de los distritos, así como los tres componentes en su lugar (implementación completa). Estos países de implementación total fueron 3,6 (IC del 95%: 1,5 a 8,9) veces más propensos a alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 que otros

países (no implementadores). A pesar de estas altas tasas de implementación informadas, la estrategia no está llegando a los niños que más la necesitan, ya que la implementación es más baja en los países de alta mortalidad (39%; 7/18). (25)

En 2014, se llevó a cabo un estudio transversal en Tanzania, donde se entrevistó a un tamaño de muestra de 95 trabajadores de la salud procedentes de centros de salud y dispensarios de la ciudad de Mwanza, utilizando cuestionarios autoadministrados. La entrevista estructurada también se usó para obtener puntos de vista de la persona focal de AIEPI de la ciudad y de los 2 facilitadores: solo el 51% de los trabajadores de la salud entrevistados habían recibido capacitación. El 69% de los trabajadores de la salud capacitados expresaron su comprensión del enfoque de AIEPI. La mayoría de los encuestados (77%) tenían una actitud positiva de que el enfoque de AIEPI, era un mejor enfoque en el manejo de enfermedades infantiles comunes, especialmente con la realidad de la limitación de recursos en los centros de salud. Los principales desafíos identificados en la implementación de AIEPI son una baja cobertura de capacitación inicial entre los trabajadores de la salud, la falta de medicamentos y suministros esenciales, la falta de mentores en el lugar y la falta de cursos de actualización y supervisión de apoyo regular. Apoyar a los trabajadores de salud a través de capacitación, mentores in situ, supervisión y fortalecer el sistema de salud aumentando el acceso a medicamentos esenciales, vacunas, fortaleciendo la gestión de la cadena de suministro, aumentando la financiación de la atención médica, mejorando el liderazgo y la gestión fueron las principales intervenciones que podrían ayudar en la implementación de AIEPI. (26)

En el 2016 se adelantó un estudio en Afganistán acerca de la evaluación calidad de la atención de la salud infantil en los centros de atención primaria, la cual medía el cuidado de niños enfermos de acuerdo con las pautas de AIEPI, habilidades del trabajador de salud y elementos esenciales del sistema de salud.

Treinta y dos (71%) de los trabajadores de salud recibieron capacitación en AIEPI y cinco (11%) recibieron supervisión en el manejo de casos clínicos durante los últimos 6 meses. En promedio, se realizaron 5,4 de 10 tareas principales de evaluación durante los casos observados, el índice de cumplimiento fue más alto en los niños atendidos por proveedores capacitados que en los no entrenados (6,3 frente a 3,5, IC del 95%: 5,8-6,8 frente a 2,9-4,1). En total, el 74% de los 104 niños que necesitaron antibióticos orales recibieron recetas, mientras que el 30% recibió asesoramiento completo y correcto y el 30% fueron recetados en exceso, y más aún por proveedores no capacitados. El asesoramiento de atención domiciliar se

asoció con el estado de la capacitación del proveedor (41,3% de los capacitados y 24,5% de los no capacitados). Los medicamentos y equipos / suministros inyectables orales y preferenciales estaban disponibles en 66%, 23% y 45% de los establecimientos de salud, respectivamente. (27)

Igualmente, en un estudio en Bolivia en 1999 en la aplicación de una metodología de evaluación del impacto de la capacitación y seguimiento de AIEPI se encontró dentro de los resultados obtenidos que se presentaba una inadecuada búsqueda de niños menores de 4 años evaluados con signos de peligro general con una proporción de 37%, y se observaron bajos cumplimientos de tratamientos sugeridos por la estrategia en niños con diarrea y con anemia. En ambos estudios, se coincide, en que pese a la capacitación del personal en AIEPI, los prestadores no implementan la estrategia en forma coherente. (28)

En Colombia en una evaluación de la estrategia AIEPI a nivel hospitalario en niños con diagnóstico de neumonía se concluye que hay una baja adherencia a la guía AIEPI en el manejo de la neumonía, específicamente en la clasificación de la enfermedad, el antibiótico utilizado intra y extra hospitalariamente, las dosis utilizadas y las recomendaciones impartidas a los cuidadores. (16)

Otros estudios han mostrado la pobre adherencia a las guías de atención de neumonía a pesar de la evidencia que soporta su práctica. Esta estrategia ha probado ser útil en el tratamiento de pacientes de bajo riesgo que son dados de alta y tratados ambulatoriamente como en aquellos de alto riesgo que requieren de medidas inmediatas y efectivas.(17)

En el estudio “Percepciones de gestores de salud y facilitadores de la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes (AIEPI) en una zona del Noreste de Brasil y Perú” llevado a cabo en 2017, muestra una intervención compleja de la estrategia AIEPI, con predominancia del componente clínico poniendo en evidencia las limitaciones en la integración de los componentes de la estrategia, en especial con el componente comunitario, debido principalmente a diversos problemas como los relacionados con procesos administrativos, gestión de los recursos económicos a través del mecanismo de presupuesto por resultado, los cuales según señalan pueden generar procesos desintegradores: (29)

Pese a la evidencia en los estudios revisados, que cuentan de los resultados positivos de impacto sobre los indicadores de morbilidad y mortalidad infantil que plantea la estrategia, existe un vacío de conocimiento que debería incluir la

medición de la fidelidad en la implementación, como una parte del proceso de evaluación, puesto que se pueden atribuir de manera errónea los resultados de la intervención del programa, a los contenidos o metodología utilizada, cuando la explicación puede deberse a las modificaciones o adaptaciones durante la aplicación, y así, dar cuenta de la viabilidad del mismo en la práctica real y de los componentes o proyectos que se pueden implementar con un alto grado de fidelidad o que deben ser modificados para su aplicación.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el alcance de la implementación de la estrategia AIEPI, módulo IRA, en una ESE de la ciudad Santiago de Cali en el año 2018.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la fidelidad en la implementación de la estrategia AIEPI módulo IRA en menores de 5 años.
2. Determinar la calidad en la implementación de la estrategia AIEPI en los componentes organizacional, clínico y comunitario.

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación correspondió a una investigación cualitativa de método mixto, en el marco de la evaluación de programas y servicios de salud que tuvo como propósito la evaluación de la implementación de la estrategia AIEPI en el módulo IRA en una ESE de la ciudad Santiago de Cali.

Se utilizó la metodología cualitativa puesto que permite aproximarse a la evaluación de las políticas públicas, en este caso la estrategia AIEPI, a partir de técnicas metodológicas que nos permitieron abordar cuestiones que los métodos cuantitativos no son capaces de responder de forma totalmente satisfactoria.

Así pues, la perspectiva cualitativa en investigaciones con métodos mixtos nos permite: (a) explorar aspectos que se dan por sentado y que se presentan como evidentes en la estrategia evaluada, (b) entender las opiniones de distintos profesionales ante una misma estrategia, (c) comprender la cultura de la organización y cómo se gestiona la implementación desde la política pública, hasta la estrategia institucional. (30)

Siendo un estudio cualitativo se presenta en el campo de lo evaluable donde se realizaron entrevistas, análisis de documentos u observaciones directas con el fin de determinar el alcance de la implementación de la estrategia AIEPI.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se desarrolló en la Empresa Social del Estado Red de salud del Norte del municipio de Santiago de Cali que tenía en desarrollo la estrategia AIEPI incluida en los programas de salud pública contratados por las EPS del régimen subsidiado de la ciudad de Cali y el Ente Territorial, para la prestación de servicios a la población infantil menor de 5 años, de su área de influencia comunas 2, 4, 5, 6 y 7 en el municipio, dentro de la cual se contempló el módulo IRA, en sus componentes organizacional, clínico y comunitario; considerando como atributos generales las categorías de fidelidad y calidad.

4.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de referencia fueron los actores responsables del desarrollo de la estrategia como el personal de salud, los actores clave del sistema de prestación de los servicios de salud (nivel administrativo y organizacional de la ESE), y los agentes comunitarios como se relaciona a continuación:

- El módulo clínico de prestación de servicios se evaluó a través de las atenciones y percepciones de los profesionales responsables de la atención del menor de 5 años, médicos y enfermeras de los diferentes servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias; para una población 12 médicos y 11 enfermeras. Adicionalmente se realizó la revisión de las atenciones a niños menores de 5 años con patología IRA en las historias clínicas. Evaluación indirecta del profesional y proceso
- En el módulo organizacional se entrevistó 1 profesional encargado de liderar la implementación de la estrategia como, la Subgerencia de promoción y prevención.
- En el módulo comunitario se entrevistaron los líderes comunitarios encargados de los acercamientos a las estrategias en salud y los cuidadores de menores de 5 años post consulta a través de grupos focales. Se lograron 2 grupos focales para Líderes, de 7 asistentes en cada uno y 2 grupos focales de madres comunitarias, el primer grupo conformado por 10 madres y el segundo de 6 madres.

4.3.1 SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

El estudio se llevó a cabo en la Red de Salud del Norte ESE, donde se seleccionaron los diferentes actores que intervinieron en el desarrollo de la estrategia AIEPI

1. Para el componente clínico se tomó el universo de los médicos y enfermeras a cargo de la atención del menor de 5 años en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias, que cumplieron con los criterios de inclusión.

Igualmente se tomó una muestra estadísticamente significativa de historias clínicas de menores de 5 años con diagnóstico relacionado con IRA, correspondiente al trimestre marzo - mayo de 2018; teniendo una prevalencia esperada del 50% para el atributo calidad generando la mayor muestra posible, se permitió un error del 5%,

una confiabilidad del 95%, para un tamaño de muestra estimado de 289 historias clínicas; los criterios de evaluación se realizaron a partir de un instrumento anexo 8.

2. En el componente organizacional se logró la participación del líder del proceso de promoción y prevención en la prestación del servicio, y que interviene en la planeación, organización, asignación de recursos, capacitación, monitoreo supervisión y evaluación de la estrategia AIEPI en la ESE.

3. En el componente comunitario: la muestra fue sistemática - propositiva, y homogénea, que captó a los representantes de los espacios de participación comunitaria, COVECOM, Asociación de usuarios y Red de controladores, con técnica en bola de nieve para capturar expertos experienciales, el cual se logró con el apoyo del Coordinador de grupos de líderes comunitarios y su estrategia de integración a la Empresa Social del Estado. Los grupos focales se realizaron en el mes de septiembre de 2018.

Para los cuidadores de menores de 5 años se citaron dos grupos focales, con un mínimo de 6 y un máximo de 12 participantes cada uno, de los niños atendidos recientemente en la ESE con diagnóstico de IRA en el mes de agosto, los cuales aceptaron participar del estudio. Los grupos focales se realizaron en el mes de septiembre de 2018.

4.3.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Módulo de prestación de servicios:

- Médicos y enfermeras encargados de la prestación de servicio al menor de 5 años de los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias.
- Historias clínicas de niños menores de 5 años, que tuvieron diagnósticos relacionados con la IRA, que se capturaron entre marzo - mayo del año 2018.

Módulo comunitario:

- Madres o cuidadores de menores de 5 años atendidos en consulta médica con diagnóstico relacionado a IRA
- Representantes legítimos de las asociaciones de usuarios encargados de los acercamientos a las prestaciones de los servicios en salud, red de controladores, COVECOM, y asociación de usuarios.

Módulo organizacional:

- Subgerente de Promoción y Prevención.

4.3.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas que no desearon participar en el estudio
- Cualquiera de los sujetos de investigación que tuvieran limitaciones en la comunicación
- Líderes comunitarios: representantes de la comunidad que no pertenecían a red de controladores, COVECOM y asociación de usuarios.
- Profesionales que tenían menos de 6 meses en la prestación del servicio al menor de 5 años.

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Cuadro 2. Técnicas e instrumentos

| COMPONENTES | MÉTODO | TÉCNICA | FUENTE |
|--|------------------------------|---|--|
| Componente clínico (Prestación de servicios) | Revisión de Historia Clínica | Lista de chequeo de variables. Anexo 8. | Historias clínicas menor de 5 años con diagnósticos relacionados con la IRA |
| | Encuesta | Formato de encuesta Anexo 6. | Profesionales de salud asignados a la prestación del servicio en el menor de 5 años |
| Componente comunitario | Grupos Focales | Guion de Grupo focal Anexo 5. | Madres del menor de 5 años atendido en consulta médica con Diagnósticos relacionados a IRA |
| | Grupos Focales | Guion de Grupo focal Anexo 4. | Líderes comunitarios |
| Componente organizacional | Entrevista | Guion de entrevista Anexo 7. | Profesional encargado de liderar el proceso de implementación y ejecución de la AIEPI. |

Fuente: elaboración propia

4.4.1. PROCEDIMIENTOS

Componente Clínico.

La historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado de una asistencia médica de calidad. Puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente así como un registro de la actuación médico-prestación de servicio al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada y es un elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones en salud.

En el enfoque del estudio se planteó medir las variables calidad y fidelidad de la prestación del servicio, en la historia clínica del menor de 5 años con IRA.

Teniendo en cuenta para la calidad las variables de datos de identificación, anamnesis, examen físico, y en la variable fidelidad la aplicación propia de la estrategia AIEPI: clasificación del paciente y diagnóstico, tratamiento, educación y consulta de control o seguimiento.

Los códigos CIE 10 utilizados para la base de datos y muestreo fueron los siguientes:

- (J00-J06) Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores
- (J09-19) Gripe y Neumonía
- (J20-J22) Enfermedades respiratorias inferiores agudas
- (J30-J39) Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores
- (J40-J47) Enfermedades respiratorias inferiores crónicas.

Para el caso de la encuesta a los profesionales, se realizó un cuestionario de evaluación de conocimientos, con preguntas de selección múltiple, el cual contenía los ítems específicos para el manejo de IRA en AIEPI, como son: signos de peligro generales, signos de peligro IRA, clasificación y manejo de las infecciones respiratorias agudas superiores (otitis media, faringitis, laringotraqueitis) e inferiores (neumonía y bronconeumonía).

Este cuestionario y sus correcciones presentaron prueba piloto por expertos en aplicación y docencia de AIEPI, antes de ser aplicados a los profesionales de la Red de Salud del Norte.

Componente Comunitario grupos focales

El grupo focal es una técnica de investigación cualitativa. De acuerdo con Rundall y colaboradores, un grupo focal consiste en una entrevista grupal dirigida por un moderador a través de un guion de temas o de entrevista. Se busca la interacción entre los participantes como método para generar información. El grupo focal lo constituyen un número limitado de personas: entre 4 y 10 participantes, un moderador y, si es posible, un observador. A través de él se consigue información en profundidad sobre lo que las personas opinan y hacen, explorando los porqués y los cómo de sus opiniones y acciones. No se obtienen cifras ni datos que nos permitan medir aspecto alguno. Se trabaja con la información que se expresa en los discursos y conversaciones de los grupos. El lenguaje es el “dato” a analizar, comprender e interpretar.

Es un método diseñado para obtener información acerca de las percepciones, las actitudes, las experiencias y las expectativas en relación con la misma, representa un medio para reunir rápidamente información y puntos de vista. bajo la orientación de la dinámica de un moderador. (31)

La “muestra” de usuarios que seleccionamos debe tener una estructura similar a la de la población del estudio, para que los resultados reflejen los diferentes puntos de vista que sobre la estrategia AIEPI en líderes comunitarios y madres o cuidadores primarios de niños menores de 5 años que asisten a la Empresa social del Estado. Este tipo de muestreo, no basado en la probabilidad, se utiliza mucho en la investigación cualitativa. Los autores Mays y Rigour lo denominan muestro sistemático. Bajo este enfoque, dejar al azar la elección de los participantes en el estudio no siempre es lo más idóneo, ya que el investigador tiene que seleccionar a aquellos sujetos que tienen las características de los perfiles que se van a estudiar y, entre ellos, a los que tienen más experiencia o conocimiento. (32)

El acercamiento con los líderes de la ESE se realizó a través de la oficina de atención al usuario en cabeza del Ingeniero Líder del proceso, con la carta de autorización del comité de ética institucional de la Empresa Social del Estado, donde se informaron las razones e intereses en el tema propuesto, teniendo una primera relación de presentación con 2 líderes que buscarían los expertos experienciales que aceptaran participar en la investigación. Los facilitadores del grupo focal con los investigadores principales Neiza Balanta y Harold Hernández.

Para el caso de los grupos focales de madres o cuidador primario se realizó a través de la base de datos de niños con diagnóstico de IRA en el mes de agosto, para permitir recordación de educación y cita de control, se realizó presentación telefónica de los intereses de la investigación y aceptación de participación.

En el grupo focal de líderes comunitarios se reunieron total 2 grupos 7 personas cada uno, a los cuales la Empresa Social del Estado reconoce como expertos vivenciales en salud, y en el grupo focal de madres se tuvieron 2 grupos, primer grupo 10 madres, segundo grupo 6 madres.

En el desarrollo de las reuniones de grupos focales (Total 4) se intentó lograr que todos los participantes intervinieran y evitar que algún participante guiara la discusión. Por ende, los facilitadores incentivaron la participación de cada persona, así como evitar agresiones. Las sesiones tuvieron una duración de una hora aproximadamente y fue grabado en audio para su posterior transcripción en Word, codificación y análisis. Los grupos focales de Líderes fueron realizados en el Centro de Salud Floralia, y los grupos de madres y cuidadores del menor de 5 años, en el salón comunal de Alfonso López.

Para la realización de los grupos focales, en general se tuvieron en cuenta las recomendaciones enunciadas para el desarrollo de la entrevista, en el proceso de elaboración de la guía de tópicos para cada grupo focal se tuvieron en cuenta el contexto social, la selección de preguntas para la entrevista, y la preparación de la agenda de reunión, para su análisis fueron grabadas las sesiones en audio para su posterior transcripción en Word, codificación y análisis.

El anexo 4 muestra el protocolo de reunión de grupo focal aplicado a líderes comunitarios y el anexo 4 a madre o cuidador primario en el desarrollo de las sesiones, el cual contiene su planeación, pasos para su realización, la guía con la estructura de los grupos focales y los referentes teóricos de las prácticas seleccionadas en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI. Previo al inicio de cada grupo focal se leyó, entregó y firmó el formato de consentimiento informado, el cual busca proteger la identidad de los participantes de la investigación. El anexo 2. Contiene el formato utilizado para la comunidad.

Las reuniones de los 4 grupos focales fueron grabadas y posteriormente transcritas para su respectivo análisis de acuerdo a las categorías establecidas para cada

grupo: ver cuadros 4 y 5 categorías de análisis grupo focal líderes comunitarios y madre o cuidador primario.

Componente Organizacional

Sampieri y colaboradores definen la entrevista como una reunión para conversar o intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). Es utilizada como herramienta para la obtención de datos cualitativos. La entrevista semiestructurada se realiza con base en una guía de preguntas, lo que permite al entrevistador la incorporación de preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información. (33)

La entrevista realizada al líder del proceso de prestación de servicios buscó mediante preguntas y respuestas lograr la comunicación y la obtención de información para dar respuesta a la pregunta de investigación. Se tuvieron en cuenta las características para entrevistas cualitativas de: flexibilidad, preguntas y orden adecuado para los participantes, medida anecdótica, contexto social, ajuste de comunicación a las normas y lenguaje del entrevistado, carácter amistoso, y preguntas abiertas y neutrales orientadas a obtener información relacionada con las prácticas seleccionadas del objeto del estudio.

En el desarrollo de la entrevista se tuvo en cuenta el propósito para la obtención de información relacionada con el objeto del estudio de parte del entrevistado. Por ende, el experto es el entrevistado, el entrevistador debe escucharlo con atención y cuidado, buscando la naturalidad, espontaneidad y amplitud en la respuesta generando clima de confianza.

El entrevistador debe adaptarse, omitir calificativos, escuchar activamente y evitar distractores de la conversación como celulares, humo de cigarrillo, ruido en la calle u otros e igualmente evitar la dispersión temática durante la entrevista, tener en cuenta el propósito y seguir el orden de la guía. Informar al entrevistado sobre el propósito y uso de la entrevista.

El acercamiento con la ESE se realizó a través de Carta de presentación de la universidad y posteriormente se formalizó en presentación de protocolo en comité de ética de la institución, donde se informaron las razones e intereses en el tema propuesto, y se tuvo una relación con el entrevistado anterior al momento de la entrevista. El entrevistador en el componente organizacional es el investigador principal Harold Hernández.

Siguiendo los parámetros para la selección de los participantes, se logró 1 entrevista con el líder del proceso prestación de servicios, Subgerente de Promoción y Prevención, realizada en Hospital Joaquín Paz Borrero, oficina de promoción y prevención, la cual tuvo una duración de 30 minutos, y fue grabado en audio para su posterior transcripción en Word, codificación y análisis,

En aras de obtener la mejor calidad posible en información durante la aplicación de la entrevista, se recibió apoyo de un experto metodológico en evaluación evaluativa, con experiencia en la utilización de instrumentos de recolección de información cualitativa (entrevistas y grupos focales) y con conocimiento en el componente comunitario de la estrategia AIEPI.

De acuerdo con lo enunciado en el artículo 8º de la Resolución 8430/93, previo a la realización de la entrevista se leyó, entregó y firmó el formato de consentimiento informado, el cual buscó proteger la identidad del participante en la investigación. El anexo 1. contiene el formato utilizado, para los profesionales participantes en el estudio.

El anexo 7, muestra el protocolo de entrevista aplicado al líder de proceso prestación de servicios de la ESE, el cual contiene su planeación, pasos para su realización, la guía con la estructura de la entrevista y los referentes teóricos de las prácticas seleccionadas en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI.

4.5. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La presente investigación en Evaluación de la implementación de la estrategia AIEPI fue realizada por el equipo investigador conformado por Neiza Paola Balanta Ramírez y Harold Gonzalo Hernández Arias, que tuvo a cargo la validación de los supuestos de la presente y que dieran respuesta a los modelos teóricos de fidelidad y calidad considerados en el marco teórico de la evaluación de programas, y quienes firmaron la confidencialidad y velaron por la legitimidad de la información recolectada.

Los constructos tenidos en cuenta para evaluar la implementación de la estrategia son el resultado de la búsqueda bibliográfica en la que establece el modelo de implementación para EPS e IPS y estudios previos sobre el tema en mención que permitieron la creación de este instrumento y sus dominios.

Para el componente clínico y de prestación de servicios, se contó con la autorización de la gerencia de la ESE para la búsqueda de datos, las encuestas y entrevistas. Una vez se obtuvo el permiso, con la oficina de estadística se solicitaron las historias clínicas que se analizaron con los criterios éticos que más adelante se definen, y la información se consolidó en una base de datos de Excel, conservando la privacidad y la intimidad de la información la cual posteriormente se sometió a procesamiento.

Para llevar a cabo el trabajo de campo, se realizó un organigrama que permitió brindar orden de ejecución y asignación de responsabilidades como se muestra a continuación:

- 1) Solicitud de permiso y aceptación por parte de la ESE para la realización del trabajo de campo.
 - 2) Actividades de coordinación, de trabajo de campo, y de articulación con los representantes de la comunidad.
 - 3) Realización de la prueba piloto con el objetivo de identificar debilidades o limitaciones de la aplicación del instrumento para las encuestas y entrevistas.
- Para las entrevistas de los profesionales administrativos, se diligenció un consentimiento informado con las consideraciones éticas y de privacidad de la información, anexo 1, con el seguimiento del guion de entrevista, anexo 7.

Para la recolección de los datos con la comunidad se contactó a las diferentes organizaciones comunitarias de la ESE, según información disponible en la oficina de atención al usuario. Con ese contacto se realizaron las llamadas telefónicas a los representantes para concertar las citas de presentación del proyecto y convenir su consentimiento y participación (anexo 2). Posteriormente se realizaron las reuniones de grupo focal en el componente comunitario. Para la recolección de datos de las madres o cuidadores de niños menores de 5 años con diagnóstico relacionado con IRA, se tomaron de la base estadística las atenciones a esta población con el diagnóstico de IRA y se realizaron las llamadas telefónicas con el fin de concertar cita para la realización de la reunión del grupo focal.

Para los grupos focales se convocaron dos grupos focales, de un mínimo de 6 personas y un máximo de 12. Para la reunión se estableció un guion de preguntas dirigidas a cada grupo focal.

Para los grupos focales se utilizó la metodología de preguntas orientadoras, ver anexos 4 y 5.

4.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Cuadro 3. Operacionalización variables módulo clínico: historia clínica.

| EVALUACION DE LA HISTORIA CLINICA | | | | |
|--|---|---|---|---|
| CATEGORIZACION DE LAS VARIABLES MODULO CLINICO: HISTORIA CLINICA | | | | |
| DOMINIO | NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICION OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | VALORES POSIBLES |
| CALIDAD | DATOS DE IDENTIFICACIÓN | grado de cumplimentación en el registro de los datos de identificación propuestos en la HC digital | Cualitativa categórica dicotómica | Completo, Incompleto |
| | ANAMNESIS | grado de cumplimentación en el registro de anamnesis | Cualitativa categórica dicotómica | Completo, Incompleto |
| | EXAMEN FÍSICO | Grado de cumplimentación en el registro del examen físico | Cualitativa categórica dicotómica | Completo, Incompleto |
| FIDELIDAD | CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE Y DIAGNOSTICO | clasificación de gravedad del diagnóstico de acuerdo a Modulo IRA AIEPI | Cualitativa categórica dicotómica | Clasifica de acuerdo a guía operativa, No clasifica de acuerdo a guía operativa |
| | ESQUEMA DE TRATAMIENTO IRA GUÍA OPERATIVA AIEPI | prescripción de tratamiento de acuerdo a guía operativa AIEPI | Cualitativa categórica dicotómica | Utiliza guía de tratamiento de acuerdo a clasificación, No utiliza guía de tratamiento de acuerdo a clasificación |
| | EDUCACION AL CUIDADOR | Registro de la educación brindada al cuidador del niño menor de 5 años y recomendación sobre signos de alarma | Cualitativa categórica dicotómica | Registra educación, No registra educación. |
| | CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO | Registro de recomendación consulta de seguimiento y control | Cualitativa categórica dicotómica | Registra cita de control, No registra cita de control |

Fuente: elaboración propia

4.7. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Cuadro 4. Categorías de Análisis Grupos focal Madre o cuidador primario.

| GRUPO FOCAL No1. | | |
|---|--|---|
| CATEGORIAS MODULO COMUNITARIO: MADRE O CUIDADOR DEL MENOR DE 5 AÑOS | | |
| DOMINIO | CATEGORIA | PREGUNTA |
| CALIDAD | Trascendencia: Busca determinar el impacto que genera la estrategia en el módulo IRA en la madre o cuidador | ¿En qué considera, le ayudó a usted y a su niño el haber consultado y haber sido orientado en la estrategia AIEPI? |
| | Cumplimiento: Busca determinar la constancia de aplicación de la estrategia AIEPI módulo IRA | ¿Cómo siguió las recomendaciones dadas por el médico en casa? |
| | Instrucción: Hace referencia al proceso de socialización que reciben las madres o cuidador primario como educación en signos de alarma, prevención y guía de manejo instaurado | ¿Usted recuerda que le explicaron que tenía el niño? ¿Tenía que hacer algún procedimiento para mejorar la salud del niño? |
| FIDELIDAD | Acción: Hace referencia a las habilidades de la madre para identificar signos de alarma para consultar. | ¿Cuál fue su motivación para buscar atención médica? |
| | Comunicación: Hace referencia a que tan efectiva fue la información que recibió la madre o cuidador primario referente a la situación de salud del menor de 5 años | Recuerda usted si el médico le brindó información sobre signos de alarma, consulta de control, y educación en prevención de nuevos episodios de infección respiratoria? |

Fuente: elaboración propia

Cuadro 5. Categorías de Análisis Grupo focal Lideres comunitarios.

| GRUPO FOCAL No 2 | | |
|--|--|---|
| CATEGORIAS MODULO COMUNITARIO: LIDER COMUNITARIO | | |
| DOMINIO | CATEGORIA | PREGUNTA |
| FIDELIDAD | Trascendencia: Busca determinar el impacto que genera la estrategia en el módulo IRA en una comunidad específica | ¿Cómo considera ha sido el impacto que ha generado la estrategia AIEPI en la comunidad? |
| | Cumplimiento: Busca determinar la constancia de aplicación de la estrategia AEIPI módulo IRA | ¿Qué tan a menudo habla u orienta a la comunidad de acuerdo a la estrategia AIEPI? |
| | Capacitación: Se refiere a la(s) capacitaciones que hayan recibido los líderes comunitarios sobre la estrategia AIEPI. | ¿Usted conoce que es AIEPI, conoce algo de la estrategia? Le han realizado capacitaciones a cerca de la estrategia AIEPI y como han sido estas? con qué frecuencia, que evaluaciones les han realizado de esas capacitaciones ? |
| CALIDAD | Acción: Hace referencia a las habilidades del líder para orientar a la comunidad | ¿Cómo orienta a las personas para que acudan al médico buscando ayuda en enfermedades respiratorias para sus niños? |
| | Empoderamiento: Hace referencia al conjunto de recursos y aptitudes que tiene el líder para socializar la estrategia en su comunidad | ¿Cómo fue su experiencia socializando/formando a las personas de su comunidad con respecto al módulo de IRA? |

Fuente: elaboración propia

Cuadro 6. Categorías de Análisis Entrevista componente organizacional

| ENTREVISTA PERSONAL COMPONENTE ORGANIZACIONAL AIEPI | | |
|--|--|--|
| CATEGORIAS MODULO ORGANIZACIONAL: PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS Y LIDERES DE PROCESO | | |
| DOMINIO | CATEGORIA | PREGUNTA |
| FIDELIDAD | Compromiso directivo: Planeación y programación de actividades de implementación y ejecución | Como ha sido el proceso de planeación para garantizar la implementación de la estrategia AIEPI en la ESE |
| | Capacitación y entrenamiento | ¿Cuál es el estado actual de la capacitación al personal en la estrategia AIEPI? ¿Cuándo fue la última capacitación? |
| | | ¿Cómo ha sido el proceso de incorporación de los líderes comunitarios a la estrategia AIEPI en la ESE? |
| CALIDAD | Monitoreo Y supervisión | ¿Cómo se lleva a cabo el proceso de monitoreo y supervisión de la ejecución de la estrategia AIEPI en la ESE? |
| | Disponibilidad y recursos | ¿Con qué tipo de recursos cuenta la ESE para el desarrollo de la estrategia AIEPI? |
| | Evaluación | ¿Cómo se evalúa la adherencia de los profesionales a la aplicación de la estrategia AIEPI en la ESE? |
| | Metas | Según los ODS, no se ha logrado llegar a las metas de reducción de morbilidad y mortalidad infantil asociados a IRA en menores de 5 años, a qué se debe que pese a la implementación de la estrategia AIEPI no se ha logrado cumplir con las metas de reducción? |

Fuente: elaboración propia

Cuadro 7. Categorías de Análisis Encuesta Profesional Prestación de Servicios AIEPI

| ENCUESTA PERSONAL PRESTACION SE SERVICIOS AIEPI | | |
|---|---|--|
| CATEGORÍAS MODULO CLINICO | | |
| DOMINIO | CATEGORIA | PREGUNTAS |
| CALIDAD | Contratación | Tiempo de trabajo en la ESE, consulta niño |
| FIDELIDAD | Capacitación y entrenamiento | ¿Fecha de capacitación? , ¿reentrenamiento? |
| CALIDAD/FIDELIDAD | Monitoreo y evaluación | Conocimiento en signos de alarma del menor de 5 años, Conocimiento de clasificación del menor de acuerdo a síntomas de IRA, manejo y tratamiento de acuerdo a guía de AIEPI para IRA |
| CALIDAD | Percepción en dificultades de aplicación de AIEPI | Tiempo de consulta?, disponibilidad de recursos?, entrenamiento en el manejo de AIEPI, causas propias de la información y/o conductos de cuidador del menor de 5 años. |

Fuente: elaboración propia

4.8. ANÁLISIS

El análisis de información se realizó respondiendo a una investigación cualitativa, la cual en uno de sus componentes utilizó herramientas cuantitativas.

1. Se realizó un análisis de la encuesta, bajo el modelo de competencia de los profesionales, contenido en el módulo de evaluación de la estrategia AIEPI, utilizando el programa estadístico Epi info versión 7.2 para el análisis de las variables cuantitativas (Edad, tiempo de trabajo en la ESE, etc. se establecieron medidas de tendencia central o dispersión según correspondió a la naturaleza de la variable.

2. Con respecto al análisis de las variables cualitativas que se refieren a las entrevistas a los profesionales y los grupos focales fueron desarrollados a través de análisis de discurso. (34)

El proceso de codificación de la información cualitativa se realizó de manera deductiva, identificando argumentos propositivos o críticos en la explicación de las categorías preestablecidas o las nuevas generadas durante los grupos focales o entrevistas. Este aspecto debe ser refinado un poco en virtud del diseño cualitativo escogido con relación a las características propuestas de la estrategia AIEPI para los diferentes módulos.

Para el análisis de la información de tipo cualitativo se procedió a la codificación y reconocimiento de patrones con sentido y así edificar un marco para comunicar la información desde las dos técnicas (Grupo Focal y Entrevista).

La recolección de información de los participantes se realizó en grabaciones de audio para posteriormente crear (Entrevista y Grupo Focal) en el sistema categorial; el cual se construyó con base en los objetivos de la investigación, los consensos o temas centrales expuestos por los participantes, así como la argumentación y la interacción permanente con los diferentes actores del proceso investigativo y los datos suministrados a través de los instrumentos de recolección de información.

Se procedió con la codificación abierta de los párrafos y luego al establecimiento del sistema categorial que se agruparon por temas grandes, los cuales contienen varios códigos en el proceso de codificación axial y a los cuales posteriormente se les realizó el análisis interpretativo generando un texto de las inferencias principales de los hallazgos.

En esta fase se identificaron aquellos conceptos clave en los datos, los cuales fueron ideas centrales o unidades de sentido que se extrajeron de los relatos en las entrevistas y los grupos focales.

La estrategia o método utilizado fue el análisis de contenido ya que el análisis se centró en las narraciones de los participantes (resultados obtenidos en los grupos focales y las entrevistas), y se conocieron las formas en que los participantes experimentaron, valoraron y percibieron la implementación y ejecución de la estrategia AIEPI en la Red de Salud del Norte.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio tuvo en cuenta los siguientes aspectos, basados en las consideraciones éticas de la declaración de Helsinki y la Resolución No. 008430 del Ministerio de Salud de Colombia se garantizó:

- El cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia, evitando en todo momento generar acciones que generen daño en los participantes y obrando en función del mayor beneficio para la comunidad.
- La confidencialidad de la información suministrada por los participantes y la toma de medidas tendientes a cumplir con este aspecto, por parte de las personas que puedan conocer de ella en las diferentes etapas de la investigación, como el de generar códigos en lugar de nombres que permitan la vinculación de los participantes y sus resultados.
- La solicitud de autorización del uso de los resultados de las encuestas de evaluación de la implementación de la estrategia AIEPI.

Igualmente se enmarcó en las disposiciones internacionales vigentes del marco ético, el código de Núremberg, el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el consentimiento informado, expresión de la autonomía del participante en la investigación.

Con el fin de cumplir con los puntos mencionados los registros que reposan en la base de datos de las encuestas a profesionales administrativos, profesionales asistenciales y miembros de las asociaciones comunitarias, al igual que los audios de los grupos focales de los cuidadores del menor de 5 años, y los datos recolectados mediante historia clínica de la aplicación de la estrategia AIEPI; fueron el insumo para la presente investigación, para lo cual se entrenaron los investigadores en la estrategia AIEPI, y quedó establecido el compromiso de acatar los principios éticos que se definieron. No se guardó información sobre identificación del personal en archivos computarizados ni físicos, lo que permitió garantizar la confidencialidad de los registros de los participantes.

Para las encuestas realizadas a los profesionales en el componente clínico y teniendo en cuenta la confidencialidad de los participantes, se identificaron a través de un código consecutivo (del 1 a 36), lo que garantizó su privacidad y se pudieron

observar los diferentes resultados que permitirán a la institución de manera general, realizar los posibles ajustes en la implementación de la estrategia. Igualmente se aplicó un código consecutivo (del 1 al 289) para cada una de las historias clínicas, garantizando la confidencialidad y datos del usuario.

Según los criterios establecidos en los artículos 9, 10 y 11 de la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, permite clasificar esta investigación en la categoría de Investigación con riesgo menor que el mínimo, dado que la fuente de información son los registros de la base de datos de las encuestas aplicadas al igual que datos de aplicación de la estrategia tomados en la historia clínica.

Los investigadores Neiza Paola Balanta Ramírez y Harold Gonzalo Hernández Arias, no tienen conflicto de intereses en la realización de la presente investigación, toda vez que no son funcionarios de la Red de Salud del Norte ESE y no tienen relación alguna con los participantes del estudio.

La investigación se llevó a cabo una vez se obtuvo la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Valle (CIREH) Anexo 9 y la autorización de la institución (Red de Salud del Norte ESE) donde se llevó a cabo el trabajo de campo; es importante aclarar que todos los procesos de recolección de la información se realizaron teniendo en cuenta la confidencialidad de la misma y habiendo sido aprobado por los participantes previa explicación del procedimiento, firma y aceptación del consentimiento informado tanto para entrevistas como para grupos focales.

6. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación “Evaluación de la implementación de la estrategia AIEPI en el módulo IRA en una empresa social del estado de la ciudad Santiago de Cali para el año 2018”, la cual consideró como marco de trabajo los aspectos que se definen como fundamentales en el proceso de la implementación de la estrategia en sus tres componentes: el componente clínico, el componente organizacional y el componente comunitario, incorporando dos aspectos objetos de evaluación de implementación de los programas en salud como son la fidelidad y la calidad, las cuales son transversales entre sí y que se presentan a continuación según los objetivos planteados.

6.1. EVALUACIÓN COMPONENTE CLÍNICO (Prestación de servicios)

En el componente clínico se realizaron 2 evaluaciones. En la primera se evaluó la historia clínica del menor de 5 años con diagnósticos de IRA, dentro de las cuales se incluyeron 7 criterios, 3 que corresponden a la variable calidad y 4 criterios a la variable fidelidad de la estrategia AIEPI.

En la segunda parte se evaluó el conocimiento sobre la estrategia AIEPI de los profesionales a cargo de la atención del menor de 5 años y el grado de implementación en los diferentes servicios.

A continuación, se presenta la información obtenida de la historia clínica, acerca del grado de cumplimentación de esta, los registros sobre los signos de alarma, la evaluación y clasificación en el menor de 5 años con IRA, el tratamiento instaurado en el marco de la estrategia AIEPI y las recomendaciones y/o cita de control al cuidador del niño.

Se revisaron 289 historias clínicas electrónicas de niños menores de 5 años de edad atendidos por IRA en el trimestre marzo- mayo de 2018, los cuales fueron realizadas a partir de un muestreo aleatorio simple, teniendo en cuenta la prevalencia esperada del evento, calidad en historia clínica, el error del 5% y la confiabilidad del 95%, con el propósito de evaluar los criterios descritos en el marco de trabajo, encontrando los siguientes hallazgos:

6.1.1 Historias clínicas

Cuadro 8. Descripción de las historias clínicas evaluadas por servicio de atención, sexo del paciente y clasificación AIEPI

| Variables | n= 289 | % |
|--|--------|----|
| <i>Servicio de atención</i> | | |
| Consulta Externa | 134 | 46 |
| Hospitalización | 4 | 1 |
| Urgencias | 151 | 52 |
| <i>Sexo del paciente</i> | | |
| Femenino | 118 | 41 |
| Masculino | 171 | 59 |
| <i>Clasificación de Diagnóstico AEIPI</i> | | |
| Vía Aérea Superior | 224 | 78 |
| Vía Aérea Inferior | 65 | 22 |

Fuente: elaboración propia

Como se observa en la tabla anterior se encontró que aproximadamente más de la mitad de los registros evaluados corresponden al servicio de urgencias, y el 46% del servicio de consulta externa; igualmente la presencia de IRA según sexo es más alta en niños con un 59,17% y el diagnóstico relacionado es más alto para las vías aéreas superiores con un 78%. (cuadro 8).

También se encontró que más de mitad de los niños se encuentra por debajo de los 24 meses, con un rango intercuartílico entre 12 y 36 meses.

Cuadro 9. Variable edad historias clínicas auditadas

| Variable | Mediana | RIC | Promedio | DS | Rango | |
|---------------|---------|-------|----------|----|-------|----|
| Edad en meses | 24 | 12-36 | 25 | 14 | 1 | 60 |

Fuente: elaboración propia

Cuadro 10. Hallazgos en la evaluación de los criterios de calidad y fidelidad de la historia clínica

| Variables Historia Clínica | n=289 | % |
|--|--------------|----------|
| <i>Variable Calidad</i> | | |
| Datos de identificación en HC completa | 289 | 100 |
| Anamnesis completa | 287 | 99 |
| Examen físico completo | 283 | 98 |
| <i>Variable Fidelidad</i> | | |
| Clasificación AIEPI, diagnóstico en HC | 257 | 89 |
| Esquema de tratamiento IRA según guía operativa AIEPI | 155 | 54 |
| Registro de educación patología, signos de alarma, tratamiento | 221 | 76 |
| Registro de consulta de control o seguimiento | 148 | 51 |

Fuente: elaboración propia

Teniendo en cuenta que la institución maneja historia clínica digital, se observó que la totalidad de las historia clínicas cumple con los datos de identificación, los cuales son ingresados desde el momento de la facturación de entrada al servicio; con un comportamiento similar en los datos de anamnesis y examen físicos registrados por el profesional; dentro de ello se tiene que menos del 1% presentan datos incompletos o mínimos “traigo al niño enfermo”, y el 2% no presenta registros para el examen físico congruentes con los sistemas afectados de acuerdo a signos y síntomas de motivo consulta. (cuadro 10)

Para la clasificación y manejo del niño con tos o dificultad para respirar, la guía AIEPI define la taquipnea como el signo más sensible para realizar diagnóstico de neumonía, y para neumonía grave, la presencia de alguno de los siguientes signos: tiraje subcostal, saturación de oxígeno <92% o cualquier signo general de peligro, entre los que se encuentra que el niño no puede beber, vomita todo, está letárgico, inconsciente o presenta convulsiones (35). En la población del estudio, cerca del 90 % de los profesionales clasificó la patología del niño de acuerdo con la guía AIEPI, y solo el 10% de los registros no se encontraban con una clasificación adecuada. Caso contrario ocurrió cuando se examinó la variable tratamiento, pese a realizar un buen diagnóstico, se observó que solo la mitad de los profesionales instauró

tratamiento o recomendaciones de acuerdo a la guía AIEPI por patología y edad, observando que, dentro de los antibióticos más usados fuera de guía, se encuentran el uso de ampicilina, claritromicina y ceftriaxona, y antialérgicos como la loratadina.

Según lo establecido por las guías AIEPI, el seguimiento de los menores que presentan IRA de acuerdo con la gravedad se debe realizar en 2 días posteriores a la consulta o se darán recomendaciones en signos de alarma para seguimiento; al respecto de esta variable se pudo determinar que solo la mitad de la población de estudio, es decir un 51%, tiene registro de cita de control. Por otro lado, en relación con la educación que se debe brindar sobre el cuidado del niño, tratamiento y los signos de alarma, se observó que 1 de cada 4 historias no tenían registro de esta.

6.1.2 Conocimiento de los profesionales sobre la estrategia AIEPI y grado de implementación

Cuadro 11. Descripción de las características de los profesionales evaluados en el componente clínico.

| <i>Características de los participantes módulo clínico</i> | | |
|--|--------------|----------|
| Variable | n= 23 | % |
| Sexo | | |
| Femenino | 17 | 74 |
| Masculino | 6 | 26 |
| Profesión | | |
| Médico | 11 | 48 |
| Enfermera | 12 | 52 |
| Capacitación en AIEPI | 16 | 70 |

Fuente: elaboración propia

Se entrevistaron y evaluaron 23 profesionales en salud, quienes la mitad corresponden a médicos generales y la otra mitad a enfermeras profesionales del programa niño. La mayor parte de los profesionales son de sexo femenino para un 74%. De los profesionales entrevistados 7 de cada 10 refirió estar capacitado formalmente en AIEPI. (Cuadro 11)

Cuadro 12. Variables Edad de los profesionales, tiempo de trabajo en la ESE y tiempo capacitación en AIEPI.

| VARIABLE | Me | RIC | Promedio | DE | Vm | Vmax |
|-----------------------------------|----|-------|----------|----|----|------|
| Edad del profesional en años | 28 | 26-32 | 29 | 3 | 24 | 38 |
| Tiempo de trabajo en meses | 12 | 10-24 | 22 | 23 | 6 | 96 |
| Tiempo capacitación AIEPI en años | 1 | 0-3 | 2 | 2 | 0 | 6 |

Fuente: elaboración propia

De los 23 profesionales, la mitad tiene 28 años o menos, el 50 % trabaja en la ESE desde hace más de un año y la última capacitación en AIEPI para la mayoría, fue hace más de un año. (Cuadro No. 12)

6.1.2.1. Hallazgos evaluación a profesionales componente clínico. La evaluación a los profesionales encargados de la atención de niños menores de 5 años se dividió en 2 partes: la primera es el conocimiento propio de la guía AIEPI en IRA y la segunda parte la percepción de los profesionales acerca de la implementación de la estrategia en el nivel institucional.

A continuación, se describen los hallazgos en conocimientos de la AIEPI

Cuadro 13. Variables conocimientos en AIEPI.

| <i>VARIABLES AIEPI CONOCIMIENTOS</i> | n= 23 | % |
|--|-------|-----|
| Conoce signos generales de peligro AIEPI | 23 | 100 |
| Conoce signos o síntomas para tos o dificultad para respirar | 12 | 52 |
| Clasifica adecuadamente el niño con tos o dificultad para respirar | 10 | 43 |
| Tratamiento adecuado del niño con tos o dificultad para respirar | 10 | 43 |
| Clasifica adecuada del niño con problemas de oído | 16 | 70 |
| Conoce signos de gravedad para el niño con problemas de oído | 21 | 91 |
| Clasifica adecuadamente de la Sibilancia, estridor agudo- CRUP | 12 | 52 |
| Tratamiento adecuado de la sibilancia | 11 | 48 |
| Tratamiento adecuado neumonía | 12 | 52 |
| Tratamiento adecuado neumonía grave con vacuna H influenzae | 4 | 17 |
| Realiza Referencia urgente o no urgente | 7 | 30 |

Fuente: elaboración propia

Es bien conocido que el pilar fundamental de la estrategia AIEPI es evaluar los signos de peligro generales del menor. Para esta evaluación, se encontró que todos los profesionales tienen claridad sobre éstos, de manera diferente ocurre cuando se evalúa el niño con tos o dificultad para respirar, donde menos de la mitad de los profesionales identifica los signos y síntomas.

Igualmente, teniendo en cuenta que existe una correlación entre la identificación del signo o síntoma, la clasificación de la patología en IRA del niño y el tratamiento instaurado acorde a la guía de la estrategia AIEPI, se evidenció que solo el 43%, es decir menos de la mitad de los profesionales lo clasificó y lo trató de manera correcta.

Para el caso de la clasificación del niño con problemas de oído se encontró que el 70% de los profesionales lo realizó adecuadamente, y el 91% de los evaluados identifica el signo de gravedad de la patología.

En la clasificación del niño con sibilancia, estridor y CRUP (laringotraqueobronquitis), se observó que uno de cada dos profesionales que equivale al 52,17%, clasifica adecuadamente el menor y menos de la mitad, el 47,83% instaura el tratamiento recomendado por la guía AIEPI.

Igualmente, en el tratamiento para el niño con diagnóstico de neumonía, se observa que solo uno de cada dos, es decir el 52,17% de los profesionales utiliza el medicamento recomendado por la guía AIEPI y solo un 17,39%, instaura adecuadamente la terapia antibiótica recomendada para niño con neumonía y dosis de vacuna de Haemophilus influenza.

Para el ítem de referencia a urgencias u otro nivel de atención, se encontró que solo uno de cada 3 profesionales que equivale 30,43%, identifican los signos y síntomas para realizar la remisión del menor.

Con relación a los conocimientos por tipo de profesional, médico o enfermera (o), los datos encontrados se relacionan a continuación:

Cuadro 8. Variables conocimientos de AIEPI por profesional

| VARIABLES AIEPI CONOCIMIENTOS | MÉDICO | % | ENFERMERA | % |
|---|--------|----|-----------|----|
| Conoce signos generales de peligro AIEPI | 12 | 52 | 11 | 48 |
| Conoce signos o síntomas para tos o dificultad para respirar | 6 | 26 | 6 | 26 |
| Clasifica adecuadamente del niño con tos o dificultad para respirar | 5 | 22 | 5 | 22 |
| Tratamiento adecuado del niño con tos o dificultad para respirar | 8 | 35 | 4 | 17 |
| Clasifica adecuadamente del niño con problemas de oído | 8 | 35 | 8 | 35 |
| Conoce signos de gravedad para el niño con problemas de oído | 11 | 48 | 10 | 43 |
| Clasifica adecuadamente de la Sibilancia, estridor agudo- CRUP | 7 | 30 | 5 | 22 |
| Tratamiento adecuado de la sibilancia | 7 | 30 | 4 | 17 |
| Tratamiento adecuado de neumonía | 7 | 30 | 3 | 13 |
| Tratamiento adecuado de neumonía grave con vacuna H influenzae | 1 | 4 | 3 | 13 |
| Realiza Referencia urgente o no urgente | 5 | 22 | 2 | 9 |

Fuente: elaboración propia

A continuación, se describen los hallazgos en la percepción de los profesionales acerca de la implementación de AIEPI a nivel institucional.

Cuadro 15. Variables percepción del profesional

| Variables percepción del profesional | n= 23. | % |
|---|--------|----|
| <i>Fortalezas percibidas</i> | | |
| Existen medicamentos e insumos para AIEPI | 22 | 96 |
| Las madres proporcionan información para clasificar el niño | 20 | 87 |
| Existen las ayudas diagnósticas para establecer plan de manejo | 20 | 87 |
| Los medicamentos de AIEPI son eficaces | 20 | 87 |
| La institución maneja las fichas de AIEPI dentro de la historia clínica | 19 | 83 |
| Me dan tiempo suficiente para aplicar AIEPI | 16 | 70 |
| <i>Limitaciones percibidas</i> | | |
| Toma mucho tiempo | 21 | 91 |
| Tengo muchas responsabilidades | 20 | 87 |
| Las madres buscan remisión | 20 | 87 |
| El niño viene tratado en forma incorrecta | 19 | 83 |
| Rota mucho el personal | 18 | 78 |
| las madres se molestan si no se les prescribe medicamento | 17 | 74 |

Fuente: elaboración propia

Cuando se analiza las variables de percepción de los profesionales frente a la implementación activa de la estrategia AIEPI, se encuentran como fortalezas dentro de la prestación del servicio la existencia de medicamentos en un 96%, dentro de los cuales refieren se tiene entre otros las vitaminas; para los medicamentos como los antibióticos y otras terapias sugeridas por AIEPI, mencionan que son suministrados por la aseguradora en salud, teniendo en consenso que en más del 85% de los profesionales están de acuerdo que las terapias sugeridas por AIEPI son eficaces. El porcentaje que no considera que los medicamentos sugeridos por la AIEPI son eficaces lo relacionan con el manejo de casos particulares de los usuarios (niños cuyas madres no completan el tratamiento o no siguen recomendaciones, se ajustan los manejos de medicamentos diferentes), bajo costo del medicamento con la percepción de mala calidad de este entre otros.

Igualmente se encontraron fortalezas institucionales percibidas por los profesionales por encima del 85%, como son el tiempo que se les da para la aplicación de AIEPI, las fichas de aplicación en historia clínica electrónica, y la existencia de ayudas diagnósticas para establecimiento de terapéutica.

Dentro de las limitaciones percibidas se encontró que casi el 90% de los profesionales refieren que la estrategia toma mucho tiempo y su aplicación está asociada a las responsabilidades del cargo y casi el 80% percibe que el grado medio de implementación se debe a la alta rotación del personal.

Igualmente se tiene la percepción, de que la cultura y la población marco en la cual se realiza la aplicación de la estrategia AIEPI, afecta los lineamientos principales en la prescripción de medicamentos y manejo del menor en más de un 80%, pues los niños ya vienen con terapias instauradas de otros sitios de la comunidad o las madres al menor buscan que en los servicios se les prescriba medicación o se le remita a un nivel superior.

Cuadro 16. Percepción grado de adherencia de los profesionales a AIEPI

| <i>Grado de adherencia de los profesionales a la implementación de la estrategia</i> | n= 23 | % |
|---|--------------|----------|
| Alto | 3 | 13 |
| Medio | 19 | 83 |
| Bajo | 1 | 4 |

Fuente: elaboración propia

Con relación al grado de adherencia de los profesionales, se encontró que, de acuerdo a su percepción, 8 de cada 10 lo consideran con un grado medio, donde todos coinciden que les falta mayor adherencia para considerar que tienen alto grado de adherencia a la estrategia.

6.2. EVALUACIÓN COMPONENTE ORGANIZACIONAL

En el componente organizacional se establecieron 2 dominios fidelidad y calidad.

En el dominio de fidelidad se tienen 2 categorías de análisis: planeación y programación de la estrategia AIEPI, y la capacitación y entrenamiento de los profesionales a cargo de la estrategia; y en el dominio de calidad se tuvieron en cuenta 4 categorías de análisis: proceso de monitoreo y supervisión de la ejecución de la estrategia, la disponibilidad de recursos, las evaluaciones a los profesionales sobre AIEPI; y las metas de ésta.

A continuación, se presentan los análisis e interpretación según las categorías en el componente organizacional.

Los comentarios del entrevistado estarán citados textualmente y señalados por -- “ ”.

6.2.1. Dominio Fidelidad

6.2.1.1. Categoría compromiso directivo: planeación y programación actividades AIEPI. El proceso de implementación de la estrategia AIEPI incluye la planificación y ejecución de todas las actividades necesarias para lograr que la mayor cantidad posible de la población tenga acceso a los servicios de salud de acuerdo a los signos de alarma o de gravedad por patología, por lo cual la principal razón para elaborar un plan operativo AIEPI es precisar el compromiso de implementar la estrategia y detallar las actividades que se ejecutarán, el plazo para realizarlas y los resultados concretos que se espera alcanzar.

Al realizar la entrevista del líder del proceso de promoción y prevención se tiene que dentro de los elementos que surgen para la planeación de la estrategia AIEPI, se tiene en cuenta 5 aspectos básicos para definir prestación de servicio: población, metas por IPS, infraestructura, canasta básica AIEPI contratada, y profesionales entrenados; percibiendo de entrada por parte del directivo un amplio conocimiento

del tema y de los factores de éxito y/o limitantes al momento de la ejecución de la estrategia AIEPI

---“**El proceso de planeación** se hace anualmente y tiene que ver con el estudio, primero: de las bases de datos que tenemos en la población contratada por Emssanar, Coosalud”.

---“el proceso de **planeación incluye** tener un líder que está gerenciando el área de niño y ese líder tiene que organizar en la planeación: primero: las metas por IPS segundo: garantizar la infraestructura como mínimo, y entre ello, está el recurso humano capacitado en cada una de las IPS prestadoras, la canasta básica de AIEPI, entonces se hace la planeación de cuantos niños y cuantos medicamentos serían y se hace la distribución de las metas de acuerdo a cada IPS y a cada EPS definitivamente”

----“Dentro de la **planeación** entonces también incluye qué personas están capacitadas y cuántas no”.

----“EPS que no contratan la estrategia como tal y que no entrega medicamentos como por ejemplo la canasta AIEPI, entonces eso lo discriminamos en cada una de las **plantillas de programación**, a quienes les entregamos medicamentos y a quienes no”

6.2.1.2. Categoría capacitación y entrenamiento. Teniendo en cuenta que uno de los factores de éxito a nivel institucional es el componente clínico, las IPS deben programar las acciones de capacitación del recurso humano en los contenidos de AIEPI y realizar el seguimiento a su efectiva implementación

Al abordar el líder de proceso administrativo en AIEPI, en cuanto a la capacitación y entrenamiento de los profesionales, este identifica rápidamente los factores por los cuales el componente clínico se encuentra limitado en número de profesionales capacitados en la estrategia, observando que la periodicidad del entrenamiento a cargo del Ente Territorial, se da a intervalos largos de más de un año, y se pasó de un curso completo en estrategia AIEPI, a solo módulos o temas de interés objetivo de los indicadores; para este caso, la última capacitación a los profesionales se basó en nutrición. Igualmente, dentro de los factores asociados identificados claramente durante la entrevista se tiene la alta rotación del personal.

---“En este momentico se está evaluando y diríamos que estamos en un 50 a 60% del personal **capacitado**”

----“La última **capacitación** recibida fue por la secretaría de salud con certificación el año pasado en el mes de julio o noviembre, vinieron de la Secretaría, trabajaron un componente que era el de problemas nutricionales”

----“Tenemos la limitación de que la **capacitación y la certificación** hasta el año 2018 solo lo maneja el nivel central de la secretaría de salud municipal, con un curso anual para clínicos y un curso anual para líderes comunitarios, para la estrategia comunitaria; eso limita mucho el proceso”

----“La **capacitación** antes era de ir a la secretaría y sacar los médicos una semana; ahora la modalidad es venir uno o dos días por semana y se sacan los médicos acá en la ESE, se les garantiza alimentos, la liberación de agendas y se hace la capacitación. Eso facilita la adherencia”

----“El porcentaje de **capacitación** siempre está variando, por los despidos, por lo que tiene que ver con rotación de personal básicamente”

----“Por qué está tan bajo, por la alta rotación del personal, por ejemplo, los médicos rurales, cambian cada año; entonces uno los **capacita** y hacen parte de la nómina y cuando se van, tenemos un médico que tiene instrucción más no la certificación en la estrategia AIEPI”

Cuando se analiza el proceso de incorporación de los líderes comunitarios a la estrategia AIEPI de la ESE, se pudo determinar que la inclusión a la capacitación se realizó hace más de 2 años y no se ha estimado fecha para una nuevo reentrenamiento, igualmente el administrativo refiere que no se observa buena adherencia de los mismos, pero si menciona que se evidencia un impacto positivo en enfermedad diarreica aguda e IRA por el acompañamiento de los líderes a la comunidad y la presión que estos ejercen para la atención del niño en el servicio de urgencias.

----“Hace dos años se hizo la última **capacitación** masiva de líderes, se cogieron de la liga de usuarios se trajo el equipo de la secretaría y se les hizo su certificación”.

Incorporación de líderes comunitarios a la estrategia AIEPI institucional

----“Ellos no tienen buena adherencia a la remisión y al diligenciamiento de los formatos específicos, entonces diríamos que cumplimos con la **capacitación**, pero no hay **adherencia** al programa institucional, entonces en ellos tenemos una debilidad dentro del programa y es que se ha capacitado, pero no hay continuidad en el seguimiento y en el enlace con la estrategia institucional”.

----“la **capacitación** nos ha servido para disminuir los niveles de enfermedad diarreica, de hospitalización por IRA, porque se remiten a través del servicio de urgencias. Los líderes muchos acompañan a los usuarios, hasta que no los atienden, no se van, entonces eso lo hacen con una persona de atención al usuario, que vienen, recomiendan al niño, pero no llenamos el formato para mirar cuántos niños fueron los que se remitieron a través de esa estrategia.

6.2.2. Dominio calidad

6.2.2.1. Categoría monitoreo y supervisión. Teniendo en cuenta que el monitoreo y la evaluación de AIEPI desde el nivel organizacional procura determinar periódicamente y de manera sistemática, el cumplimiento de los objetivos, ésta tiene como finalidad aportar información que facilite la detección de las fortalezas y deficiencias de los procesos, y con ella, realizar los ajustes, para lograr la efectividad y eficiencia en el cumplimiento de los contratos, disminuyendo los indicadores de morbilidad y mortalidad a los cuales apunta la estrategia en la ESE.

Dentro de este marco se encontró que la supervisión es bidireccional; una realizada desde afuera por el Ente Territorial y las EPS contratantes y la otra de manera interna por los líderes de los procesos de programa niño, sin embargo, se encontró una limitación pues el líder de programa niño estaba vacante durante el período del estudio. Igualmente se observa un monitoreo de las diferentes estancias de componen la estrategia a nivel institucional como son el módulo clínico de prestación de servicios, el módulo comunitario que enmarca a los líderes y el módulo institucional en cuanto a infraestructura y entrega de insumos o medicamentos propios de la estrategia.

----“En el proceso de **monitoreo y supervisión** internamente tenemos al líder del proceso que está pendiente de todas las actividades, de los seguimientos, de los registros y de los reportes”.

----“A nivel de la contratación, cada vez que viene Emssanar, vienen sus **auditores** y uno específicamente que siempre nos mira el niño, su cumplimiento, su

adherencia a todas las estrategias, tanto la estrategia IAMI y a la estrategia de la AIEPI, Lactancia materna. Van a las instituciones, miran la entrega de medicamentos la adherencia al seguimiento, las rutas y miran cómo estamos manejando la estrategia”

----“Para en el caso nuestro tenemos un médico, una enfermera y tenemos otro profesional para **mirar lo del AIEPI** comunitario, entonces hay información actualizada, la maneja la secretaría y nos hace asistencia técnica permanente”.

6.2.2.2. Categoría disposición de recursos. Las IPS o ESE deberán incorporar al componente clínico de la estrategia AIEPI aspectos de organización de su red de servicios que incluya la provisión de insumos, equipos y medicamentos y la red de referencia y contrarreferencia en el marco de lo estipulado en el sistema de garantía de la calidad reglamentado por el Decreto 1011 de 2006. (36)

En lo observado durante la entrevista, se pudo constatar que se encuentran ligados a la contratación, los recursos financieros disponibles para la prestación del servicio al niño menor de 5 años, y que, dentro de esta prestación, se encuentra incluida la estrategia AIEPI. Estos recursos abarcan desde los profesionales mínimos para la prestación del servicio, la canasta de medicamentos incluida para AIEPI como son los desparasitantes y vitaminas, y la dotación de equipo de valoración médica por IPS.

Igualmente se tienen predefinidas las rutas de atención para disminuir los riesgos e impacto socioeconómico de la morbilidad y la mortalidad infantil como son los profesionales capacitados en urgencias y consulta externa.

----“**Recursos** los que tenemos a partir de la planificación, por ejemplo, tenemos siempre un médico con horario disponible, tenemos un líder de área que tiene la obligación de velar por el componente del AIEPI, tenemos la compra y distribución de medicamentos de la canasta AIEPI y la oportunidad para entregarlos a cada una de las IPS”.

----“Estamos fortaleciendo en las IPS todo lo que tiene que ver con las escalas de valoración, los **equipos** que siempre se han manejado, casi que todos los equipos tienen **equipos** de valoración, tallímetros, pesas de acuerdo con la norma, entonces por ejemplo donde se maneja los niños, están las pesas bebé calibradas. En eso hemos mejorado muchísimo”

----“Eso se va a hacer con un proceso muy gradual de; primero capacitación, **dotación de los insumos** y ya colocarla. Creo que desde octubre vamos a arrancar con el proceso”

----“El año pasado por urgencias teníamos un médico certificado en AIEPI que veía todos los niños que ingresaban por AIEPI por urgencias para **garantizar el cumplimiento**; y por consulta externa tenemos uno que en el hospital maneja y quedó exclusivamente en niños e inclusive los niños periféricos son remitidos aquí para que él los valore, los evalúe y les haga el seguimiento acorde”

6.2.2.3. Evaluación de adherencia a guías de los profesionales. La estrategia AIEPI es una guía desarrollada sistemáticamente para asistir a los profesionales de la salud en la toma de decisiones apropiadas, sobre el cuidado de la salud del niño menor de 5 años en circunstancias clínicas específicas. Se diseñó para ayudar a asimilar, evaluar y aplicar la mejor evidencia en la práctica, y tiene el potencial de mejorar la calidad de la atención y la utilización racional de los recursos. A pesar de esto, y de que fue incluida por el Ministerio de Salud, como política para la reducción de los indicadores de morbilidad y mortalidad infantil, a la fecha no se ha logrado asegurar la adherencia a la misma, por lo que institucionalmente se debe garantizar su seguimiento y evaluación en el tiempo para verificar su cumplimiento.

Dentro de la entrevista al líder administrativo, se logró establecer que actualmente la ESE no presenta una evaluación activa propia para medir la adherencia a la guía de la estrategia AIEPI, esta se realiza de manera externa por el Ente territorial o las EPS, encontrándose actualmente la institución en plan de mejoramiento como requisito para obtener la acreditación, en donde se plantea un auditor interno para los procesos propios de los servicios misionales contratados.

----“Esa adherencia si la **evalúa** directamente la secretaría de salud. Ellos a través de un neonatólogo que es el Dr. Guerra y el Dr. Yuri, vienen, sacan una muestra de historias y miran la adherencia, nos entregan un informe como resultado de esa adherencia técnica.

----“Y ya a nivel interno este año en el 2018, hay un auditor interno que va a tener en cuenta esa **evaluación** ya, porque antes solo hacíamos la que hace cada EPS y la que hacía la secretaría; pero ya este año por el proceso de acreditación, un auditor va a coger esa área y va a **evaluar** la estrategia AIEPI incluida porque antes solo hacíamos niño (crecimiento y desarrollo) pero ahorita vamos a incluir la adherencia a guías, la adherencia a la estrategia”.

6.2.2.4. Metas ODS, percepción de la reducción de indicadores de morbilidad y mortalidad infantil. Una de las metas de los Objetivos de desarrollo sostenible (ODS), es reducir la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

Al realizar la pregunta sobre ODS al entrevistado, este da cuenta de las múltiples limitaciones para cumplir con estos objetivos, pues, pese a las políticas gubernamentales para la aplicación de estrategias que propenden por un mejor cuidado de la salud, como lo es la estrategia AIEPI, los desencadenantes sociales como la pobreza, la vivienda, la familia descompuesta, la migración desde otras regiones del país y de otros países, los asentamientos poblaciones en zonas de riesgo, la falta de una red hospitalaria óptima para remisión y la no alineación con otros estamentos de apoyo a la niñez como el ICBF, escuelas, ONG dentro de la zona de influencia, hacen que conseguir la meta de morbilidad y mortalidad infantil en patologías prevalentes de la infancia se conviertan en una tarea ardua con una meta lejana que aún no se logra.

----“Ahí es muy importante porque todos esos ***casitos de morbilidad*** son tomados por los indicadores centinela del área de epidemiología, y hacemos unos análisis de casos. ¿Qué hemos encontrado con los casos que están muy complicados o con altísimo riesgo?

----“Que están sumados a ***problemas de familias*** descompuestas, padres con consumo de psicoactivos, niños en condición de calle o en unas condiciones que realmente, socialmente no le permiten como la red de soporte”

----“Hemos encontrado que con esos niños se ha hecho una alianza para mirar si ICBF u otra entidad nos puede ayudar, porque cuando nos hemos encontrado que son hijos de padres consumidores tratamos que a través de las trabajadoras sociales los pongamos en protección, pero no hemos contado con el apoyo del ICBF: éstos le entregan los niños gravemente enfermos otra vez a la mamá porque ICBF va en contra posición de las políticas, dice: Los niños no pueden ser separados de sus familias y nosotros le decimos que en el análisis la familia no es lo que puede tener ese niño para mejorarlo y vuelven y los entregan, entonces esos niños con desnutrición aguda uno los deja en ICBF, los manda de urgencias a protección y vuelven y los entregan”.

----“**Las condiciones sociales y de migración de la población**, las víctimas del conflicto, las condiciones sociales porque tenemos unas zonas de riesgo muy duras, por ejemplo: niños recién nacidos viviendo en caballerizas; los hemos ido a visitar y entonces uno tendría que darles vivienda y no tenemos. Está muy ligado a la parte socio económica de las poblaciones y a los riesgos que tienen que ver con la alta migración”

----“Nos llegan **niños en muy malas condiciones** de otras regiones del país: de Baudó, de Buenaventura, de otras comunidades, entonces están de paso, se pierden, son migrantes entonces eso no deja que la mortalidad mejore”

----“Hay **niños en condición de calle**, que tratamos de acudir con las trabajadoras sociales a sitios, a albergues, pero no hay cupo, no hay posibilidades, entonces eso no nos va a permitir mientras no lo tengamos y nuestro negocio es la salud no la protección social, entonces por ejemplo con venezolanos que ahorita hay niñitos con neumonía”

----“Hay un niño que lo mandamos al club Noel con una neumonía gravísima, el niño estuvo hospitalizado, Club Noel como no tiene como pagarse ese servicio lo cuadra un poquitico, lo estabiliza y lo devuelve a la calle; el niño vuelve y consulta por urgencias. Es un paseo terrible, vuelve y lo manda porque lo nuestro es nivel 1, es promoción, identificamos el riesgo, el Club Noel es particular, entonces el Club Noel lo tiene un ratico y lo devuelve”.

----“EL HUV el año pasado no dio ningún soporte por su crisis, este año está mejorando la atención, entonces también tiene que ver con ese tipo de aseguramiento que no está claro para los niños y eso va a permitir que no tengamos tasas bajitas mientras tengamos poblaciones tan cambiantes no podríamos”

----“Por cuatro años consecutivos tenemos **cero muertes por EDA**, tenemos certificación y tenemos una disminución que no te sabría decir ahorita de niños por mortalidad por IRA, neumonía, pero si ha bajado muchísimo; tiene que ver con ese proceso de capacitación”

6.3. EVALUACIÓN COMPONENTE COMUNITARIO

En el componente comunitario se realizaron 2 evaluaciones. En la primera se evaluó el componente de líderes comunitarios, en el cual se incluyeron en la variable fidelidad el entrenamiento en AIEPI y en la variable calidad la replicación de la educación en la comunidad.

Una de las metas institucionales es realizar la integración con el componente comunitario, en pro de mejorar las habilidades de los líderes de la comunidad para la búsqueda de atención (señales de alarma) y remisión oportuna del menor con IRA a los diferentes servicios institucionales de la ESE.

A continuación, se presentan los hallazgos de los grupos focales de líderes, los comentarios estarán citados textualmente de acuerdo al número de Líder asignado, Ejemplo: Líder 1:

6.3.1. Análisis de grupos focales líderes comunitarios. Al inicio de cada grupo focal se observó que los participantes se mostraban un poco tímidos y poco participativos después de la presentación de los moderadores, sin embargo toda vez que el dialogo empezó hablando del rol que cada uno de ellos asume en la comunidad, se logró la participación activa de la gran mayoría de los participantes de forma libre y espontánea, compartieron su experiencia en el trabajo que desempeñan y el gusto que para ellos representa hacerlo ,además manifestaron curiosidad frente al ejercicio que se realizó e interés en el aprendizaje de la estrategia AIEPI para lograr acercarse a esa población con la cual también tiene contacto a través de las madres.

En el primer grupo focal número 1 se presentaron líderes comunitarios de la ciudadela Floralia.

En el grupo focal número 2 se presentaron líderes comunitarios del barrio Alfonso López.

Dominio Fidelidad, categoría trascendencia

Busca determinar el impacto que genera la estrategia en el módulo IRA en una comunidad específica.

Los líderes comunitarios del primer grupo focal tenían algún grado de conocimiento de la estrategia AIEPI, mencionaron que todo acercamiento con poblaciones

vulnerables con intención de prevenir enfermedades; en este caso la IRA en menores de 5 años, se traduce en un impacto en la prevención de complicaciones, fueron muy enfáticos en la relevancia que cobra el adecuado direccionamiento de los usuarios a la red de atención según la complejidad del caso, aspecto en el cual están muy bien informados.

Se consideran educadores básicos en materia de prevención de enfermedades respiratorias.

En el segundo grupo focal los líderes fueron muy honestos en expresar desde el principio que no conocían la estrategia, que el plan de trabajo que ejecutan lo enfocan en el adulto mayor y en los adolescentes desde la perspectiva del deporte.

Al explicarles la definición y lo que comprende la estrategia, plantearon hacer un censo de su población menor de 5 años para generar un diagnóstico situacional y de esa manera pedir la capacitación referente y empezar a ejecutarla en la población asignada de su barrio.

Pregunta

¿Cómo consideran ha sido el impacto que ha generado la estrategia AIEPI en la comunidad?

Líder 2: " la estrategia tiene impacto por supuesto que sí, si unos los alerta de como enterarse, de cómo estar pendientes de lo que pasa con sus niños, hace que los padres se pongan pilas. "

Líder 3: "a todos los niños casi les da gripa, pero si les da dificultad para respirar, deberían consultar". Las personas de la comunidad son muy receptivas, porque nosotros somos multiplicadores de la información. '

Líder 1: 'ante todo la prevención de las complicaciones, por infecciones respiratorias"

Dominio fidelidad, categoría cumplimiento

Busca determinar la constancia de aplicación de la estrategia AEIPI módulo IRA.

Los líderes mencionaron que los espacios donde tiene contacto con la comunidad habitualmente son:

1. Centro de salud Floralia
2. Puesto de salud Floralia
3. Puesto de salud Alfonso López
4. Hospital Joaquín Paz Borrero
5. Liga de usuarios
6. Actividades grupales con la comunidad en diferentes escenarios

En esos espacios en ocasiones tienen la oportunidad de brindar educación de la estrategia en materia de evitar transmisión de enfermedades respiratorias e identificación de signos de alarma.

Pregunta.

¿Qué tan a menudo habla u orienta a la comunidad de acuerdo a la estrategia AIEPI?

Líder 1: “nosotros asistimos lunes, miércoles y viernes al centro de salud y capacitamos a la comunidad principalmente en los deberes y derechos; dentro de esos deberes por ejemplo es llegar a tiempo a la consulta y se le dice a la madre que si ve al niño de tal o cual manera se le explica que debe remitirse a urgencias”. También todo lo relacionado con crecimiento y desarrollo y la prevención que es lo más importante. También vamos a apoyar a la ESE Norte con sus proyectos, hemos colaborado con el censo. ”

Dominio fidelidad, categoría capacitación

Se refiere a la(s) capacitaciones que hayan recibido los líderes comunitarios sobre la estrategia AIEPI.

Con respecto a las capacitaciones hacen claridad sobre los entes de quienes reciben educación en materia de salud:

1. Secretaría de salud Municipal
2. Red de Salud del norte
3. Equipos de salud pública Secretaria de Salud Municipal

De los cuales al menos en el último año no han recibido capacitaciones en el componente comunitario de AIEPI.

Una de las participantes refiere que su profesión es auxiliar de enfermería y tenía esta capacitación previamente, y aclara que fue hace muchos años.

En el segundo grupo focal la líder principal es gerontóloga y nunca ha recibido capacitaciones en AIEPI, al igual que sus colaboradores.

Preguntas

¿Qué es AIEPI?

¿Le han realizado capacitaciones a cerca de la estrategia AIEPI y como han sido estas?

Líder 3: "he escuchado la terminología, en la secretaria nos han dado unos manuales"

Líder 2: "IRA es enfermedad respiratoria aguda"

Líder 2: "a mí me enseñaron en las capacitaciones por lo de IRA y nos dijeron acuérdenle que los niños dan muestra que no están respirando bien cuando presentan tiraje o sibilancias, pero creo que eso es cuando ya están muy graves".

Líder 3: es que a nosotros la secretaría nos da capacitaciones, y la ESE norte también, y como multiplicamos la información esa es la forma de retroalimentarnos.

Líder 1: "las capacitaciones de AIEPI se las hacen principalmente a las madres FAMI."

Nosotros nos damos cuenta de que la información de nosotros compartimos es útil porque los usuarios asisten a los centros de atención en salud.

Dominio calidad, categoría acción.

Hace referencia a las habilidades del líder para orientar a la comunidad

En este aspecto en el primer grupo focal se realizó el ejercicio de plantear un caso clínico de un menor con síntomas respiratorios, sin signos de gravedad y todos los participantes ejecutaron la descripción de la orientación al nivel de atención que debían dirigirse con el menor. De la misma forma al plantearles un niño con IRA y signos de enfermedad grave, tiene claro el direccionamiento y los niveles de atención.

Consideran también espacios en los cuales pueden brindar educación a las madres o cuidadores primarios las salas de espera de los centros de atención.

En el segundo grupo focal se realizó la misma dinámica de los casos clínicos y refirieron que en los 2 casos descritos, direccionarían a la madre o cuidador primario al hospital Joaquín Paz Borrero, nunca manifestaron sentirse limitados para transmitir

este tipo de información a la comunidad aun no teniendo la capacitación necesaria para emitirla.

Pregunta

¿Cómo orienta a las personas para que acudan al médico buscando ayuda en enfermedades respiratorias para sus niños?

Líder 2: "pues hay que decirles a los padres, lo que a mí me enseñaron, que hay que estar pendiente de la respiración de sus niños, los niños respiran desde el abdomen, eso es lo hay que decirles a los padres. Yo les explicaría identificar esos signos de alarma como: aleteo nasal, que les cambie el color de los labios. "

Líder 1: "otro signo de alarma es que ellos respiran muy seguido".

Líder 1, 2,3: "si el niño presenta un signo de alarma, les explicamos que deben llevarlo al hospital y no al puesto de salud. "

Líder 4: "nosotros les recomendamos cuidar los niños de las corrientes de aire, si un adulto está enfermo y convive con un niño menor de 5 años deben usar tapaboca.

Dominio calidad, categoría empoderamiento.

Hace referencia al conjunto de recursos y aptitudes que tiene el líder para socializar la estrategia en su comunidad

En general en ambos grupos focales manifestaron que se sienten aptos para transmitir la información ya que la comunidad los ve como personas cercanas a ellos y de fácil acceso, algunas de las formas que utilizan para educar a la comunidad son:

1. Charlas Educativas
2. Folletos informativos

Manifestaron preocupación al no estar recientemente capacitados en la estrategia AIEPI y de esa manera poder transmitir información actualizada.

Pregunta

¿Cómo fue su experiencia socializando/formando a las personas de su comunidad con respecto al módulo de IRA?

Líder 2: "yo no he hecho nada para socializar, es que yo soy voluntaria".

Líder 3: "nosotros replicamos la información a la comunidad, en ocasiones folletos, nosotros apoyamos muchísimo a las madres fami y ellas tienes mucho conocimiento que se debe de hacer con esa población, entonces nosotros guiamos, porque

simplemente somos guías de todos los procesos como tal para poder que haya una prevención. Las personas son muy receptivas. "

Líder 1: "les enseñamos que deben cumplir con el control cada mes de crecimiento y desarrollo, y una estrategia importante de prevención es la vacunación. "

Líder 2: "la experiencia muy positiva diría yo. "

Líder 4: " las personas se acercan a nosotros más fácilmente, porque somos educadores y estamos más cercanos a la comunidad. "

6.3.2. Análisis de grupo focal madre o cuidador primario

Dominio fidelidad, categoría trascendencia

Busca determinar el impacto que genera la estrategia del módulo IRA en la madre o cuidador.

Pregunta: ¿En qué considera, le ayudó a usted y a su niño el haber consultado y haber sido orientado en la estrategia AIEPI?

En general lo que se encontró, es que las madres tienen claro que es una infección respiratoria aguda y además identifican la ruta para consultar y generalmente se acercan a la consulta externa en primera instancia, no obstante manifiestan que en este servicio experimentan barreras administrativas toda vez que intentan seguir las indicaciones médicas por ejemplo en toma de exámenes, no es posible y los niños terminan por empeorar y ellas teniendo que asistir al servicio de urgencias, con la atención de urgencias algunas se sienten satisfechas por que experimentan que sus hijos mejoran con los tratamientos instaurados.

Otras madres o cuidadores primarios manifiestan frustración, porque a pesar del manejo médico sus hijos presentan recurrencia de las infecciones respiratorias agudas.

MADRE1: "Le ayudó porque le mandaron un antibiótico y era para eso".

MADRE 2: "Yo consulté a urgencias porque el niño me presentaba una fiebre, ya venía casi desde el 29 de agosto con una fiebre, consulté por consulta externa, y me dijeron que era una alergia y le mandaron loratadina y acetaminofén, unos exámenes y ahí en laboratorio como no tenía los tres laboratorios que eran el hemograma, el coprológico y el parcial de orina, entonces que no se los hacían a

los tres porque le faltaba uno, entonces yo le dije listo y para cuándo se los van a hacer. Eso fue para el viernes. Ya el día lunes, el niño me empeoró, siguió con la fiebre y me tocó traerlo por urgencias y lo recibieron, les dije pues lo que había pasado con el niño, que no me lo habían atendido por los exámenes y el niño ya iba con 39 y algo de fiebre, le dieron acetaminofén, me lo recibieron, le hicieron exámenes de sangre, los leucocitos salieron súper alterados, el examen de orina estaba bien, el rayos x de tórax decía que el niño tenía neumonía bacteriana en el pulmón derecho, de una lo pasaron a observación con antibiótico y duró hasta el miércoles. Desde ahí el niño hasta mañana tiene el antibiótico, por siete u ocho días y mañana me toca traerlo, pero o sea se le vio mucho la mejoría, me toca traerlo mañana a que le saquen examen de sangre y pasarlo con el médico para ver cómo va, pero la fiebre si le bajó y mejoró bastante”.

MADRE 3:” A veces uno se abstiene de traerlos a ellos a urgencias porque a mí me ha pasado, o sea, el niño mío le coge mucha secreción porque él se alimenta por gastro y resulta que yo lo traigo a urgencias porque, yo a pesar de que lo conozco, y sé cuándo a él se le altera la respiración, yo no sé qué tiene en sus pulmones, entonces la última vez que lo traje por urgencias, la doctora me dijo “mamá pero es que usted lo sabe manejar”, entonces como quien dice, usted para que lo trae si usted sabe manejar la situación y yo le digo, pues yo lo traigo porque yo no sé lo que él tenga en los pulmones, yo sé que lo tengo que sentar, yo sé que lo tengo que voltear, pero igual yo quiero estar segura de que él no tiene ninguna infección, entonces por eso una a veces pues no los trae”.

MADRE 4: “Pues para mi situación, la niña desde que nació siempre ha tenido problemas respiratorios, entonces ella se enferma cada ocho días, cada tres días y así. Entonces siempre saco la cita porque le manden siempre los mismos medicamentos y entonces no es como mucho uno ir, sino que le dicen, a uno, mire aquí tiene sus medicamentos y uno se los da y ya, porque ya saben por lo menos que tiene, entonces como quien dice, vaya y se los aplica y con eso se mejora y pues de lo que se ha ido, gracias a Dios la niña ya tiene dos años y medio y por lo menos en ese transcurso de este último año ya le dan cada mes, cada dos meses, pues ya no le da tan de seguido como antes que a ella le daba esa infección, esa amigdalitis y después fue que en los pulmones se le entraba la flema, pero ya gracias a Dios a medida de esos medicamentos ya le han servido mucho”.

Dominio fidelidad, categoría cumplimiento

Busca determinar la constancia de aplicación de la estrategia AEIPI módulo IRA

Pregunta

¿Cómo siguió las recomendaciones dadas por el médico en casa?

Fue evidente que las madres que recibieron educación por parte del equipo de salud cumplieron con las recomendaciones sugeridas, sin embargo, también fue claro que el cumplimiento, con respecto a impartir educación a las madres o cuidador primario no se realiza en todas las consultas de los menores de 5 años, y es totalmente coherente con el hallazgo en la revisión de historia clínicas en donde el ítem de educación no está chequeado en la totalidad de las historias revisadas.

En general reciben recomendaciones relacionadas con la administración del tratamiento.

MADRE 1: "A mí, yo soy venezolana y yo tengo como dos meses aquí y en esos dos meses que yo llegué el niño se me ha enfermado cada ratito, siempre estaba trancadito de aquí y la primera vez que lo llevé me le hicieron un lavado nasal y me dijeron que lo tenía que poner así y no le puedes hacer lavados acostados, sino que debe ser sentado y eso fue como la recomendación que me dieron pues y vi que lo atendieron bien. En la casa yo lo hice porque yo ya sabía, porque el niño desde que nació, él siempre me ha sufrido de problemas de aquí respiratorios y eso, y yo ya sabía qué y cómo hacerle su lavado, pero como no tenía cómo hacérselo entonces por eso fue que lo traje, para que me le hicieran el lavado nasal y me lo hicieron y ese día pasó toda la noche bien, al siguiente día se mejoró bastante pues, se le vio la mejora aquí en la nariz".

MADRE 2: "Mi nombre es Olga y a mí no me dijeron ninguna recomendación, solo el medicamento me lo dijeron cómo debo de darle, pero allá en la IPS Mallamás. Ahí donde lo traje al niño, no me dijeron nada".

MADRE 3: "Solo me dijeron que lo cuidara del frío y nada más".

Madre 4: "A mi niño me le dio una gripita y le sonaba mucho el pechito y no me botaba los moquitos y me le mandaron lavado nasal y me dijeron las recomendaciones de cómo hacerlo en la casa y pues yo las hice y el niño se me mejoró. Hice y entendí las recomendaciones".

MADRE 5: "Pues a mí me mandaron la fórmula y el medicamento y pues yo se lo di como ella me mandó, pero le mandaron ese salbutamol y pues yo no se lo doy porque eso, pues a mí me han dicho, que eso se vuelven asmáticos y por eso yo no le di eso, solo le di lo demás y pues se mejoró pero es que ella sale de una y entra

a otra y pues no sé por qué será. Entonces yo le dije a la doctora y pues estoy esperando a ver si me dan una cita con un especialista. A parte de la recomendación del medicamento no me dieron nada más”.

Dominio fidelidad, categoría instrucción.

Hace referencia al proceso de socialización que reciben las madres o cuidador primario como educación en signos de alarma, prevención y guía de manejo instaurado.

Pregunta

¿Usted recuerda que le explicaron que tenía el niño?

La gran mayoría de las madres y cuidadores manifiestan que si se realizó una explicación de la patología del niño al momento de la consulta, sin embargo pese a este hallazgo algunas de las madres enfatizaron que la información no fue clara y precisa y en ciertos momentos no entendible.

Madre 1: “No, no me dijeron. No porque realmente en la consulta no me dijeron que tenía, lo único que dijeron es que había que hacerle nebulizaciones porque él venía de consulta externa y allá lo que me dijo la doctora que él tenía los pulmones que se le escuchaban un poquito congestionados, entonces que las nebulizaciones eran para descongestionar y para que él respirara mejor, solamente eso. Pero de que tenía infección o este, no. Nada más. No le mandaron exámenes, solamente las nebulizaciones”.

MADRE 2: “Nos comentaron por la radiografía de tórax que le hicieron pero fue como entre el doctor y la auxiliar, “no el niño tiene que aplicársele medicamento” pero en la historia clínica fue que yo me di cuenta que dice neumonía atípica y luego les escuché que ellos decían allá que una neumonía bacteriana en el pulmón derecho, hasta ahí, pero no que mamá que el niño tenga esto o lo otro, solo escuché que dijeron que eran gripas mal cuidadas, pero para mí que yo cuido ese niñito y que lo cuido más que... eso medio brisa y yo corro a esconderlo, porque es a mí a quien me toca correr con él; entonces para que a uno le digan que son gripas mal cuidadas como que no me cuadró eso ahí, porque pues uno es mamá y uno sabe cómo cuida sus hijos y está bien que en un aguacero y yo lo tenga en la calle digo que sí, acepto que sean gripas mal cuidadas, pero yo que medio brisa y llegan las seis de la tarde y lo encierro, no le doy cosas frías, entonces preferiría que preguntaran cómo es el cuidado de su hijo, cómo lo mantiene en la casa, más recomendaciones. Yo soy consciente que le dan gripas muy seguidas, pero no es

la gripa de botar flema, de mocos verdes no, es como una gripita que se le pasma y creo yo que por eso fue la neumonía, porque como nunca han sido de esas gripas de mocos, él es de gripa y de una vez fiebre y por eso es que yo ya como que me alerto con él”.

MADRE 3: Lo llevé allá a urgencias y fue cuando me dijeron que el niño sufría de asma.

MADRE 4: “No pues como ella ya saben lo que tiene, me quedó claro que ella mantiene con un cuadro de asma, entonces por eso me dan tantas recomendaciones, cuidado con el polvo y todo eso”.

MADRE 5: “Pues la verdad como yo lo llevé simplemente por una tosecita que él tenía, pues si me quedó claro que era tos o resfriado común. Solamente eso”.

MADRE 6: “Bueno el doctor me dijo que era un cuadro viral, que era una fiebre viral, le hizo el examen y me dijo que era algo viral y de ahí no se me ha enfermado ni nada”.

MADRE 7: Si”, Una gripita normal me dijo el doctor, le hicieron exámenes y él salió bien. Tenía solo gripa y fiebre”.

MADRE 8: “Si, el niño tenía congestión nasal y me dijeron cómo tenía que hacerle las nebulizaciones, se las hice y el niño quedó bien”.

MADRE 9: “Si, Pues tenía una alergia, por eso le había dado la gripa. La verdad yo le dije a la doctora que ella salía de una y entraba en otra, entonces no sé si de pronto eran las defensas que las tiene muy bajas o qué. Me dijo que era una alergia”.

Dominio calidad, categoría acción.

Hace referencia a las habilidades de la madre para identificar signos de alarma para consultar.

Pregunta

¿Cuál fue su motivación para buscar la atención médica del menor de 5 años?

El principal motivo por el cual las madres consultan es la fiebre, en segundo lugar, dificultad respiratoria, sin embargo, no se identificó otra información relacionada con

signos de alarma previamente enseñados por el personal de salud y todas manifiestan que deciden acudir a urgencias para prevenir complicaciones.

MADRE 1: "Yo lo llevé porque tenía gripa, porque me estaba botando ya mucha secreción; a pesar que era transparente, o sea, uno sabe que las infecciones se transmiten por la nariz y por la boca, entonces de cualquier forma a él le podía dar una infección en los pulmones y la verdad era mejor evitarlo, evitar una infección grave".

MADRE 2: "A mí me motivó llevarlo por las fiebres. No es normal que un niño, ósea, mantenga con una fiebre que sube y que baje y por más que usted le da acetaminofén, el niño esté así y por eso consulté por urgencias, porque ya lo había llevado por medicina general y me parece a mí pues que fue negligencia del laboratorio no dejárame tomar los tres exámenes completos, sabiendo que llevaba el niño y que no, que debía llevar el coprológico y si el niño no había hecho del cuerpo. Aunque ellos me hubieran recibido los dos, entonces pudieron haber avanzado en algo y el niño no se me hubiera empeorado el lunes que lo llevé".

MADRE 3: "Pues realmente la niña siempre ha tenido su problema de respiración, entonces yo le actúo como muy rápido porque de pronto se le mete la flemita en los pulmones, entonces todo eso hay que mirarlo rapidísimo, porque ella de un momento a otro se me pone peor y entonces todo es muy rápido".

MADRE 4: "Pues la verdad por lo que tenía mucha fiebre, entonces era mejor que pues acá me lo trataran y pues esa es la verdad, me motivó la fiebre y que el niño no se me fuera a complicar".

MADRE 5: "A mí porque el niño tenía mucha dificultad para respirar y tenía fiebre. Yo lo he llevado dos veces y la segunda vez que lo llevé es porque también tenía vómito y la fiebre no le paraba, la tenía en 38 y por eso fue que lo llevé".

MADRE 6: "Pues a mí la motivación fue primero no saber que tenía el niño, uno no sabe en la casa con el niño con tos y mucha fiebre, lo llevé por urgencias dos veces. Lo llevé porque no sabía qué hacer y para que le controlen lo de la fiebre y la tos, pero ahí dicen muchas veces que la tos es muy normal y que la fiebre pues si le baja, le colocan antibiótico o le dan a tomar algo o acetaminofén, normal y ya".

MADRE 7: "Pues las fiebres altas, porque una fiebre alta le puede dar infección, una meningitis, puede convulsionar".

Madre 8: "Al niño siempre que me le da la gripita, es la congestión en la nariz, entonces en la noche no me respira bien ni nada, entonces eso es lo que más me motiva para llevarlo al hospital, porque no puede respirar y se me puede ahogar".

MADRE 9: "Porque cuando a ella le da tos y se queda dormida, se levanta tosiendo y vomita, entonces a veces trata como de ahogarse con el vómito y pues no me parece bien que se levante vomitando, entonces por eso más que todo y porque escucho que le suena el pecho, que le suena como congestionado, entonces pues ya veo que no es cualquier alergia ni pasajero, porque a veces a ellos les da su gripita pero ya cuando es así, pues yo veo que es una infección".

Dominio calidad, categoría comunicación

Hace referencia a que tan efectiva fue la información que recibió la madre o cuidador primario referente a la situación de salud del menor de 5 años

Pregunta

¿Cuénteme que hizo el personal de salud? ¿Recuerda usted si el médico le brindo información sobre signos de alarma, consulta de control, y educación en prevención de nuevos episodios de infección respiratoria?

Las madres mencionaron que las recomendaciones que les brindó el médico durante la consulta se basan principalmente en los motivos para reconsultar y ellas solo resaltan como signo de alarma la fiebre, no hacen énfasis en educación prevención de nuevos episodios, citas de control.

No se logró identificar información en las madres relacionada con signos de alarma como tirajes, aleteo nasal, respiración rápida

MADRE 1: "Pues el doctor lo primero que hizo fue preguntar qué, los síntomas que tenía y revisarlo y ya y lo formuló, no me dijo más. Yo pienso que debería haberle enviado algún examen o algo porque a veces puede ser una infección y pues no se sabe qué clase de infección sea, como puede ser. No me dio ninguna indicación ni recomendación".

MADRE 2: "Pues él doctor lo revisó, me dijo que le dijera los síntomas del niño y ya nada más, me le dio acetaminofén y las recomendaciones para la naricita. No me dio cita de control".

MADRE 3: "Pues me dijo lo de siempre, que si sigue así, que lo lleve por urgencias, pero pues eso es obvio que uno lo va a llevar, pero así una cosa que no lo serene o cosas así, recomendaciones por fuera de lo común no dan, siempre es lo mismo, si sigue así, consultar o si le da fiebre que lo lleve; o sea falta como no sé, que profundicen más en recomendarles".

MADRE4: "Le mandó examen de sangre, lo revisaron, lo midieron, lo pesaron y no más. Que cuando estuvieran los exámenes volviera y lo llevara. Lo citó a control cada tres meses. No me enseñaron para prevenir que el niño se vuelva a enfermar".

MADRE 5: "Solo lo pesan, lo tallan, pues los médicos casi nunca hablan ni me dicen que le lavar las manitos si va a comer que eso es una prevención, y ya pues cuidarlos en la casa lo más que se pueda y cuando tienen tosecita no darle frio de la nevera, todo al clima. Eso lo sabemos toda mamá que tenemos y debemos hacer. Ya no más. Los controles solo los de crecimiento y desarrollo, solo para peso y talla".

MADRE 6: "La última vez me lo revisó la garganta y me dijo que cuando le diera agua, que sea agua hervida, porque yo le conté que desde que estoy aquí, el niño se me ha enfermado y me preguntó si yo le daba agua hervida, que estuviera pendiente cuando le hiciera sus teteros y sus cosas, me lavara las manos, me le mandó el tratamiento. Me fue bien para mí, a mi parecer me trataron bien, me atendieron al niño bien'.

MADRE 7: "Me lo tallan, me lo pesan, lo revisan, si eso y ya. No le formuló nada, o sea me enseñó los cuidados básicos que tiene uno que tener de los alimentos para ellos, estar pendiente de ellos de lo que uno les prepare en los alimentos o de las cosas de uno, de tenerles bien aseado".

MADRE 8: "Pues apenas llegó, la saludó o sea le buscó juego porque ella ha sido siempre así como complicada para todos los aparatos , la talló, la pesó, le revisó los pulmoncitos, le escuchó el corazón, me hizo las recomendaciones de que no podía estar en un sitio donde había mucho polvo, donde hubiera humedad, que las cortinas había que limpiarlas cada ocho días, lavarlas que tenía que estar en total limpieza todo, por lo que ella siempre ha venido con su problema de respiración y le formuló los medicamentos de siempre, me gustó mucho porque fue muy atenta, le jugó no como otras veces que le dicen, venga la reviso y ya, ella llora y así llore la revisan y ya, esta vez ella le buscó juego y la niña se dejó hacer de todo, hasta yo me quedé aterrada de que se dejó hacer de todo y ya".

MADRE 9: "Mira que yo en el momento cuando lo pasé por consulta externa pues el médico, la doctora si le tomó, lo miró y lo revisó. ¿En el momento que se me empeoró y lo pasé por urgencias la muchacha que recibe los papeles de una me lo pasó al triage, pues por la fiebre que llevaba y ahí se acercaron otros como auxiliares de enfermería y ay preguntaron qué tiene el niño? Dele acetaminofén, eso corrieron le dieron y ahí mismo me lo pasaron con la doctora; pues a decirle que el niño venía ya con diez días de fiebre y eso, entonces lo pasaron a observación y ahí empezaron a correr con él, a ponerle suero, primero los exámenes a ver que era, de dónde provenía todo y esperaron los resultados, ahí fue cuando el doctor me dijo, toca aplicarle antibiótico para bajarle la fiebre. Ya si hubo como una este porque luego lo pasaron fue para pediatría y en ese cambio como de turno, estaba como que ya no se asomaban ni a ver como para si tenían que aplicarle medicamentos ni nada, entonces hubo una paciente que me preguntó si al niño ya le habían aplicado el medicamento y yo le dije que la verdad es que el medicamento se lo aplicaron ya y es cada 12 horas y el acetaminofén cada 6 horas y me dijo que "mirá que a mi niño no le han aplicado nada" pero la verdad le dije tampoco se han acercado a preguntar si algo y pues la verdad creo que debió haber alguien ahí pendiente y que no hasta el cambio de turno, con la enfermera de la mañana y ahí se formó como inconveniente porque los que remitieron desde observación no habían pasado el informe de con que medicamento, sino que los de pediatría asumían que ya cuando a ellos los pasaron, ya venían con medicamento y todo. Pues al mío yo si tenía pendiente el horario, pero con la señora si hubo algo ahí, pero dentro de lo que cabe, al niño si me lo atendieron bien. Me dijeron que el medicamento durante 7 días, yo le dije que, si persistía la fiebre, ellos me dijeron que lo trajera por urgencias, acetaminofén terminando el antibiótico que son los siete días, viene siendo mañana que madrugó a sacarle el examen de sangre y sacarle la cita con la doctora para pasarlo, esas fueron las recomendaciones: en caso de que el niño no mejore, fiebre o algo, se lo trae por urgencias de una vez".

MADRE 10: "Cuando yo pasé al niño por consulta externa, a él no le tomaron los signos vitales y en la historia clínica los signos vitales iban alterados; yo lo pasé por urgencias y si había notado eso, que en consulta externa a él nunca le ponen el cosito ese que le ponen en el dedo (pulsioxímetro), no se lo colocan y siempre en la historia clínica aparece ahora que caigo en cuenta, entonces como los signos del niño estaban alterados y a él necesitaban hacerle terapia respiratoria , nebulizaciones, entonces yo lo pasé por urgencias ese mismo día y cuando lo pasaron al triage el muchacho si le tomó los signos, le tomó la temperatura y efectivamente él me dijo que porque los signos de esa historia que me pasaron,

estaban tan alterados, que esos eran de un adulto y el niño mío tiene cuatro años, tiene retraso psicomotor, es un bebé; entonces en urgencias si lo atendieron mejor. Me tocó esperar bastante pero eso es lo que casi no me gusta que la atención, deberían de tener prioridad, que cuando son nebulizaciones para evitar que uno salga a la calle en la madrugada y los niños puedan empeorar entonces le hicieron tres nebulizaciones cada una como de media hora de diferencia y recomendaciones no me dieron, los doctores siempre me dicen “mamá usted lo sabe manejar” siempre dicen lo mismo, pero igual, cada vez que él tenga lo mismo, yo siempre lo llevo por urgencias y le pido sus citas. Recomendaciones del medicamento, a él siempre le mandan loratadina y no le mandan jarabe para la tos porque yo sé y soy consciente de que mi niño por la forma de él guardar secreciones, porque él se alimenta por gastrostomía, él igual se atranca con la saliva o algo, entonces es normal que él tosa, pero entonces cuando yo le escucho ya la flema, es ahí cuando yo lo llevo al médico pido cita o algo”.

MADRE 11: Lo revisó, le mandó exámenes le envió a tomar una radiografía, le hicieron nebulizaciones, le pusieron oxígeno, le hicieron eso y ya me dejaron hasta cierta hora en nebulizaciones hasta que nuevamente lo revisaron a ver cómo seguía, igualmente si seguía con problemas respiratorios y le volvían a hacer las nebulizaciones hasta que ya se compuso. Es primer vez que yo ni siquiera sabía que el niño tenía eso, es primer vez que lo vi así complicadito y lo llevé allá a urgencias y fue cuando me dijeron que el niño sufría de asma y entonces me dijeron los cuidados que tenemos que tener con él, las cobijas, todas esas cosas y los cuidados con un inhalador para cuando alguna vez lo vea malito, hacerle con eso y nada más. Que procurara conseguirle EPS y poderle realizar control seguido, control de crecimiento y desarrollo y que ahí me le mandan para cada rato estarlo revisando y ver cómo sigue.

7. DISCUSIÓN

La estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) ha sido adoptada por cientos de países, incluida Colombia, como la estrategia preferida de atención primaria de salud (APS) para niños enfermos menores de 5 años. A pesar de la inversión sustancial para apoyar a AIEPI en Colombia, su implementación sigue siendo subóptima, con una implementación variada en los diferentes componentes en relación con la fidelidad y calidad del módulo IRA.

7.1. COMPONENTE CLÍNICO

Entendiendo que los elementos que constituyen un adecuado manejo clínico del niño por parte de los profesionales de salud son la identificación, clasificación, tratamiento y educación, estos elementos se abordarán de manera recurrente durante la presente discusión.

Con relación al cumplimiento del registro de la historia clínica, el presente estudio mostró un alto diligenciamiento en los registros de la historia clínica, como son los datos de identificación, la anamnesis y el examen físico, dado principalmente por el ingreso de los datos a la historia clínica electrónica desde la admisión y las características de la historia que no permite obviar los datos.

Un estudio realizado en la ciudad de Pasto, el cual evaluó la calidad del diligenciamiento de la historia clínica en AIEPI, muestra múltiples errores de los cuales entre los más representativos se encuentran tachones y enmendaduras en un 54%, uso de convenciones no establecidas, 44% y 34% de espacios en blanco; todos ellos asociados al uso de historia clínica manual (29). Otro estudio sobre calidad de historia clínica realizado en Ecuador muestra que el mayor porcentaje de las historias clínicas revisadas se encuentran incompletas (37).

Lo anterior permite resaltar, que, de acuerdo con el presente estudio, la completitud encontrada en el registro de la historia clínica está relacionada directamente con el uso de historia clínica electrónica, que obliga al prestador diligenciar los datos requeridos y optimizar la información ingresada desde la admisión, como lo son los datos personales del paciente, identificación clasificación y remisión.

En relación con la clasificación de la Enfermedad Respiratoria Aguda, de acuerdo con la estrategia, en el presente estudio se muestra que al menos 9 de cada 10

profesionales, clasificó y registró en la historia clínica adecuadamente al niño al momento de la consulta. Otros estudios han mostrado la pobre adherencia a las guías de atención de neumonía, a pesar de la evidencia que soporta su práctica. (28).

Adicional al resultado de que no todos los niños fueron clasificados conforme a la AIEPI para la enfermedad respiratoria aguda en el presente estudio, también se evidencia que solo el 54% de los profesionales se adhirió a la guía de tratamiento para el manejo de IRA de acuerdo con la AIEPI.

Igualmente, se pudo observar la prescripción y uso común de antibióticos, antihistamínicos y nebulizaciones no recomendados en la estrategia, como principal causa de desviación al tratamiento por parte de los profesionales de salud. En la percepción del profesional, se destaca que al menos el 13% de los entrevistados considera que los medicamentos de AIEPI no son eficaces. Esta desviación puede estar dada por la percepción del clínico que sugiere que los medicamentos que están vinculados a la guía pudieran no ser tan eficaces en población con factores de riesgo en el área de cobertura, por lo cual prefieren el uso de terapias y medicamentos de mayor línea para evitar posibles complicaciones en los niños con IRA a repetición, lo cual pudiera explicar la falta de adherencia de la guía del manejo de este.

En este sentido, entendiendo que en el presente estudio el médico formuló otras alternativas terapéuticas, pudiera ser coherente con lo reportado en un artículo de la OMS sobre la terapéutica de las infecciones respiratorias agudas llamado “Problemas y desafíos en la mejora de las prescripciones pediátricas”, afirma que los fármacos antiinfecciosos y los medicamentos para la tos y los resfriados son responsables de aproximadamente 50% de las prescripciones realizadas a niños atendidos en el nivel ambulatorio. Además, aproximadamente 25% de los preparados farmacéuticos prescritos a los niños incluyen medicamentos para el tratamiento del resfriado común; encontrando que un 39% de los fármacos de este grupo fueron considerados inadecuados por tener una acción cuestionable o no comprobada en el tratamiento de las IRA, destacándose los descongestionantes, los expectorantes, los mucolíticos y los antitusígenos; reporta además que hubo un probable abuso en la prescripción de broncodilatadores; (38) como se encontró igualmente en otro estudio, donde el 30% de los niños tratados, fueron recetados en exceso (27). Dado lo anterior se confirmaría que la principal causa de no tener una adecuada adherencia a la guía de tratamiento para IRA sería la sobre medicación. Adicional a lo anterior, de acuerdo con el resultado de percepción de

los profesionales que manejan niños en la ESE, 8 de 10 de ellos refirió que el niño llega a la consulta tratado de manera incorrecta, tanto desde sus hogares como de otros servicios de salud; lo que implica la necesidad de generar intervenciones orientadas a fortalecer el conocimiento del profesional frente a la prescripción y las utilidades de las terapias de acuerdo a la clasificación de la enfermedad respiratoria definidas por la AIEPI.

Entendiendo que la intervención en salud implica la educación al padre o cuidador del menor y el registro explícito de esta actividad, puesto que da cuenta de las actividades de promoción y prevención de la salud, se pudo evidenciar en el presente estudio que uno de cada cuatro casos de pacientes atendidos no tiene registros relacionados con este tema, el cual es fundamental para evitar el deterioro y las complicaciones asociadas por IRA en la búsqueda oportuna de atención, igualmente se corrobora lo encontrado en la historia clínica con lo observado en el grupo focal realizado con las madres, donde si bien algunas refieren, haber sido educadas en signos de alarma y tratamiento en la casa, solo logran reconocer uno de los cuatro principales signos de alarma para IRA y la gran mayoría refiere no haber recibido educación al respecto; lo que es similar con el estudio “calidad en la atención del niño” realizado en el Ecuador, donde solo 3 de cada 10 historias, los médicos registran y explican los signos de alarma (39). Lo anterior puede considerarse una oportunidad valiosa de fortalecimiento comunitario para la prevención y minimización de riesgos derivados de la presencia de la patología.

Al parecer una de las grandes deficiencias en la adherencia de la implementación de la estrategia en el componente clínico es la falta de educación en signos de alarma y registro de esta.

Teniendo en cuenta que el control y seguimiento es fundamental para validar la evolución del tratamiento y respuesta terapéutica del niño en pro de minimizar las complicaciones y garantizar la atención integral del mismo, se encontró que, menos de la mitad de los profesionales deja constancia de la cita de control y seguimiento, lo cual puede afectar la oportuna identificación de signos de peligro o complicación en el niño que ya fue atendido por IRA. Igualmente se halló que el comentario mayoritario de las madres con relación al control y seguimiento es muy bajo o incluso nulo, como lo refirió una madre *“Pues el doctor lo revisó, me dijo que le dijera los síntomas del niño y ya nada más, me le dio acetaminofén y las recomendaciones para la naricita. No me dio cita de control.”* En la evaluación del presente estudio, este punto es el de más bajo cumplimiento. El anterior dato es corroborado por las madres donde más de la mitad de ellas refirieron no haber sido citadas a control,

datos encontrados igualmente, aunque en una proporción menor en la ciudad de Pasto donde 2 de cada 10 profesionales no registran la cita de control indicado en la AIEPI. (29)

Dentro de los hallazgos en las entrevistas se encontró que los médicos tienen un papel activo a la hora de tratar el niño enfermo por IRA al ser los profesionales que aplican parcialmente la estrategia AIEPI en la consulta médica, y las Enfermeras, cumplen funciones de educación a grupos de comunidad, valoración de niño sano en el programa de crecimiento y desarrollo y entrega de medicamentos.

7.2. COMPONENTE ORGANIZACIONAL

El proceso de implementación de la estrategia AIEPI incluye la planificación y ejecución de todas las actividades necesarias, para lograr que la mayor cantidad posible de niños tenga acceso a los servicios de salud que aplican la estrategia, sean IPS o instituciones de la comunidad, y que la población utilice estos servicios cada vez que el niño presenta signos de enfermedad y/o requieran acciones de promoción y prevención.

La principal razón por la cual es importante elaborar un plan operativo organizacional para AIEPI es que este documento formaliza y precisa el compromiso de implementar esta estrategia; toda vez que detalla las actividades que se ejecutarán, el plazo para realizarlas y los resultados concretos que se espera alcanzar.

El plan operativo institucional se basa en los tres componentes básicos de la estrategia que son: mejoramiento de las habilidades del personal de salud, dentro del cual se encuentra la capacitación y seguimiento posterior a la capacitación; el fortalecimiento de los servicios de salud que implica organización de servicios y provisión de suministros; y el mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias para el cuidado del niño; donde se establecen las pautas para la implementación de la estrategia AIEPI en la comunidad y la comunicación para mejorar estas prácticas; teniendo por último, que una vez implementada la estrategia, se debe realizar la evaluación y control de la misma con base en las metas, cronograma y presupuesto del plan operativo.

En el componente organizacional en el área de mejoramiento de las habilidades de los profesionales, se logra evidenciar que los factores por los cuales la AIEPI se encuentra limitada, son el número de profesionales capacitados en la misma,

condicionado por la baja periodicidad del entrenamiento, que se ha quedado explícitamente a cargo del Ente Territorial municipal, como lo comenta el líder del proceso misional de promoción y prevención *“la última capacitación recibida fue por la secretaría de salud con certificación el año pasado en el mes de julio noviembre, vinieron de la Secretaría”,* y en la cual se pasó de un curso completo en estrategia AIEPI, a manejar solo módulos o temas de interés objetivo de los indicadores; para este caso, la última capacitación a los profesionales se basó en el tema de “nutrición”. Pareciera que la responsabilidad de la capacitación en AIEPI es del Ente Territorial exclusivamente y no parte de una apuesta institucional para la formación y el fortalecimiento del recurso humano, las IPS no se reconoce como una institución que tienen la capacidad para ofrecer el curso o en su defecto buscar las alianzas con las organizaciones que presten el servicio de entrenamiento y así, proveer un certificado que garantice que el curso clínico ha cumplido con determinados criterios de calidad. *“... Ya la modalidad, antes era de ir a la secretaría y sacar los médicos una semana; ahora la modalidad es venir uno o dos días por semana y se sacan los médicos acá en la ESE, se les garantiza alimentos, la liberación de agendas y se hace la capacitación. Eso facilita la adherencia.”*

Teniendo en cuenta los indicadores establecidos por el Ministerio de Salud para mantener un buen funcionamiento la estrategia AIEPI, se debe contar con más del 80% de personal entrenado, para el presente estudio se obtuvo, que 7 de cada 10 profesionales se encontraba capacitado en AIEPI, una cifra que resulta similar a la encontrada en la medición de la cobertura efectiva del componente clínico AIEPI Colombia 2010 (29), donde menos del 80% de los trabajadores se encontraba capacitado en AIEPI. Cifras que dan cuenta del estado de implementación y el cómo se encuentra el seguimiento en el mejoramiento de habilidades del personal, puesto que para la estrategia, es uno de los elementos estructurales que de primera mano debe fortalecerse, la institución deberá generar el plan operativo teniendo en cuenta sus limitaciones, con derroteros basados en este punto, con unas metas claras, medibles y de seguimiento para la estrategia AIEPI, y que permita disminuir las desviaciones que afectan directamente la implementación de la misma. Actualmente se hace imprescindible definir la responsabilidad en el entrenamiento del curso clínico; puesto que no se ha establecido si son las instituciones los que deben garantizar la certificación de sus empleados, o si son los trabajadores de la salud quienes deben buscar y financiar la certificación

Por otro lado, dentro de los factores asociados al número de profesionales capacitados en AIEPI, también se encontró que la alta rotación del personal, afecta directamente la prestación del servicio al niño menor de 5 años, puesto que estos

cargos están asignados a médicos por contratación diferente a los médicos de nómina propia de la ESE y los médicos en servicio social obligatorio como da cuenta el líder del proceso administrativo ---“*los médicos rurales, cambian cada año; entonces uno los capacita y hacen parte de la nómina y cuando se van, tenemos un médico que tiene instrucción más no la certificación en la estrategia AIEPI, entonces en nuestra institución ese porcentaje de capacitación siempre está variando, por los despidos, por lo que tiene que ver con rotación de personal básicamente*”

Para el caso de los profesionales de enfermería, su participación en la ejecución de la estrategia se identifica como baja, limitándose a la atención del niño sano en el programa de crecimiento y desarrollo y la entrega de algunos medicamentos formulados en el marco de la estrategia AIEPI.

“hay enfermeras muy buenas que consiguen trabajo en otro lado y perdemos esa persona capacitada”. Lo anterior se valida con la percepción evaluada a los profesionales de la institución donde más del 70% refiere que rota mucho el personal encargado de la aplicación de la estrategia a los niños (Cuadro 22), lo que es similar a los datos encontrados en el estudio de Kiplagat que asocian la baja adherencia de la estrategia AIEPI en centros de salud, con personal de salud no capacitado y no actualizado además de la alta rotación de personal. (26)

No se debe ver lo encontrado, como el resultado de esfuerzos perdidos por parte de quienes han trabajado para la gestión de la estrategia sino como una herramienta para la definición de metas mucho más claras en los planes operativos que se trabajen en las IPS. Es fundamental formular estrategias institucionales que permitan la permanencia y /o adaptaciones de los programas de salud a la niñez a las circunstancias propias de la contratación del personal, generando planes de acción con médicos de planta, o implementando planes de capacitación permanente en la estrategia AIEPI, para no perder oportunidades de mitigar el impacto de las enfermedades prevalentes, e igualmente fortalecer la autoevaluación institucional para generar los planes de contingencia y minimizar los riesgos.

En el fortalecimiento de los servicios de salud que implica la organización de consulta externa , urgencias, hospitalización y la provisión de suministros para el abordaje integral del niño, el presente estudio identifica que existe una planeación para la ejecución de la Estrategia AIEPI por parte de la Empresa Social del Estado, como lo es el personal que quedará a cargo de la estrategia por IPS, los medicamentos de la canasta básica de entrega de acuerdo a contrato, la renovación de los equipos médicos por consultorio, y la historia clínica AIEPI electrónica para

la prestación del servicio; igualmente se identificaron los principales desafíos en la implementación de la estrategia desde el plan operativo institucional, el cual apunta únicamente a las metas de programas de promoción y prevención, como son las coberturas de vacunación y controles de crecimiento y desarrollo, pero no genera claridad en el flujograma de atención para el niño menor de 5 años que ingresa por consulta de morbilidad y cuáles son sus metas en la reducción de las enfermedades prevalentes de la infancia.

Actualmente los parámetros para asignación de citas AIEPI, se tiene parametrizados en el proceso de facturación para el niño sano el cual asiste a control médico para formulación de antiparasitarios y vitaminas, con el cual se le asigna al profesional el tiempo requerido para la aplicación de la estrategia de 30 minutos y se puede desplegar desde la historia clínica digital los formularios propios de AIEPI.

Caso contrario ocurre cuando el niño solicita atención por enfermedades prevalentes, ya que éste es atendido por morbilidad en cualquiera de los servicios y se da el espacio al médico de una consulta normal de 20 minutos, con lo cual el médico desiste de la utilización de los formularios de la estrategia AIEPI, por su percepción de llevar un mayor tiempo para la atención. *“Si es un niño enfermo, es consulta general”, “si en un niño sano es AIEPI”*.

Este punto es importante en la planeación operativa de la atención al menor de 5 años, puesto que todas las consignas sugeridas por AIEPI, están orientadas a minimizar los riesgos y las complicaciones de las enfermedades prevalentes de la infancia, y por ende este supuesto, debe aplicarse a toda consulta llámese promoción y prevención del niño sano, o consulta de morbilidad del niño enfermo. Está claro que se tienen limitaciones en el momento de implementar AIEPI, ya sea por temas de capacitación del personal en la aplicación de la estrategia, o por factores asociados a número de profesionales médicos en los servicios de salud que atienden niños, lo que los médicos y los pacientes perciben como manejo de la productividad hora médico; igualmente, se encontró que la gran mayoría de ellos (del 80 al 90%), consideran que la aplicación de la estrategia toma mucho tiempo y tienen muchas responsabilidades adicionales.

Existen también aspectos positivos que los profesionales reconocen mayoritariamente como fortalezas institucionales, dentro de las que se encuentran descritas anteriormente como la disponibilidad de las fichas de AIEPI en la historia clínica electrónica, la disponibilidad de ayudas diagnósticas sugeridas en la

estrategia y la disponibilidad de medicamentos de la AIEPI, que dan cuenta de un esfuerzo institucional por implementar la estrategia y que dan pautas de los recursos asignados para la misma.

En el ciclo administrativo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar) de los procesos misionales de la institución se debe realizar especial énfasis en la planeación para adecuar las IPS para la aplicación de AIEPI; lo que contempla tener personal entrenado e insumos disponibles para la prestación del servicio; actualmente la ESE, presenta limitación en el número de profesionales entrenados y trabaja de manera propositiva en la adecuación de los servicios, en la existencia de equipos médicos necesarios para la atención y la entrega de medicamentos de la canasta básica de AIEPI.

Igualmente en el hacer, se deben desarrollar las acciones plasmadas en el plan operativo, de acuerdo con el nivel de complejidad y el servicio prestado; para este caso, las puertas de entrada del niño enfermo, como son los servicios de consulta externa y urgencias, donde se encontraron las mayores limitaciones, puesto que no se tiene planes de mejoramiento frente al recurso humano entrenado en AIEPI en ninguno de los servicios, y en donde se deben establecer y controlar los indicadores de calidad de la atención, para disminuir las desviaciones de las guías establecidas y las complicaciones en el estado de salud del menor. Actualmente, la ESE no tiene establecido un proceso para la implementación de AIEPI plasmado, sino que éste es visualizado desde la perspectiva de la atención al niño sano, igualmente no se tiene claridad de las metas que tiene la ESE con respecto a su aporte en la disminución de las enfermedades prevalentes de la infancia hacia el municipio de Santiago de Cali; lo cual puede tener una correlación directa con la no existencia procesos de auditoría permanente intrainstitucional y la vacante del líder del programa niño.

Actualmente la ESE se encuentra en un proceso de acreditación con el cual se plantearon situaciones de mejora en sus diferentes procesos misionales, dentro de los cuales se tiene la auditoría a los diversos servicios para mejorar la calidad de la atención, de acuerdo a las guías y los planes para el año 2019 de capacitación de personal, a necesidades y hallazgos que encuentre la auditoría, per se, todo esto ya en el marco la interpretación de los reportes y registros para actuar a través de cambios en el diseño de implementación de AIEPI para lograr la mejora continua.

En el último punto del componente organizacional, que se enfoca el mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias para el cuidado del niño; donde se

establecen las pautas para la implementación de la estrategia AIEPI en la comunidad y la comunicación para mejorar estas prácticas, se evidencia que se encuentra en una etapa incipiente, pues la última capacitación se realizó hace 2 años y no se tienen estrategias plasmadas en el plan operativo para la comunicación con los diferentes líderes de la comunidad, la comunidad en sí o grupos de apoyo interinstitucional, lo cual limita la expansión de la estrategia con el objetivo de minimizar los riesgos inherentes a la cultura y demografía de la población marco.

Lo encontrado en este estudio en el componente organizacional se correlaciona con las recomendaciones encontradas en 2014 por Kiplagat y Musto, donde refiere que se necesita apoyar a los trabajadores de salud a través de capacitación, mentores in situ, supervisión y fortalecimiento del sistema de salud aumentando el acceso a medicamentos esenciales, vacunas, fortaleciendo la gestión de la cadena de suministro, aumentando la financiación de la atención médica, mejorando el liderazgo y la gestión, como principal intervención que podría ayudar en la implementación de AIEPI. (26)

7.3. COMPONENTE COMUNITARIO

El componente comunitario y familiar de la AIEPI, busca iniciar, reforzar y sostener las prácticas familiares que son importantes para la adecuada salud de la población del menor de 5 años, la supervivencia infantil y crecimiento y desarrollo, dentro del marco de trabajo comunitario. En consecuencia, el componente comunitario de la AIEPI pretende promover comportamientos básicos para el desarrollo físico y mental para la prevención de enfermedades y asegurar la atención adecuada en el hogar y búsqueda de ayuda fuera de éste.

En este componente, se abordan aspectos relacionados con la capacidad de integración de la AIEPI con la comunidad, la capacidad de multiplicar los conocimientos entre los diferentes actores comunitarios y las familias con niños objeto de la estrategia.

El presente estudio mostró que, en una baja proporción, los líderes comunitarios reconocen los signos de alarma o de peligro en el menor de 5 años, con una mínima implementación de este componente en la ESE, situación dada por la baja continuidad en la capacitación de estos líderes, aspecto fundamental que no permite la adecuada integración con los otros componentes de la AIEPI. Como lo expresó un líder *“las capacitaciones de AIEPI se las hacen principalmente a las madres*

FAMI.”. Similar aspecto encontrado en el estudio de Borda-Olivas llevado a cabo en Brasil y Perú, donde se muestra la escasa implementación de este componente en el desarrollo de la estrategia AIEPI, pese a que se evidencia se tienen integrados agentes comunitarios al desarrollo del componente y su interés de involucrar voluntarios y líderes sociales al mismo (29). Para mejorar esta situación, se hace indispensable consultar, identificar y educar a las organizaciones comunitarias, organizaciones no gubernamentales y privadas que trabajan con la familia y la niñez, así como a líderes comunitarios, madres, cuidadores y otras personas de la comunidad, del área de influencia de la ESE, en la estrategia comunitaria de la AIEPI ya se son un pilar fundamental en la orientación a los servicios desde la comunidad propendiendo por disminuir las complicaciones de la enfermedad en la misma.

Igualmente, si se mira desde otro ángulo, de acuerdo a la percepción de los profesionales, más de la mitad refiere que las madres se molestan cuando no se les prescriben medicamentos y la gran mayoría, acude a la consulta de médico general solo para buscar remisión a especialistas y subespecialistas, lo que podría estar vinculado a la baja implementación del componente comunitario de la estrategia, en términos de desconocimiento de las madres, o de falta de información en el manejo y cuidado del niño en casa, lo que impacta directamente en las respuestas de las madres o cuidadores al servicio de salud.

Un aspecto positivo, pese a evidenciarse una mínima implementación del componente comunitario, (40) es que la madre o cuidador, tiene conocimiento para reconocer algún signo de peligro para IRA en el menor de 5 años, *“A mí porque el niño tenía mucha dificultad para respirar y tenía fiebre”, “no me respira bien ni nada”* reconocimiento dado más por el abordaje en el componente clínico, cuando al contacto con el personal de salud, entendió e identificó algún signo de peligro, que el dado por la educación que debió haber recibido por parte de agentes o entes comunitarios formados en el componente comunitario por la ESE. El abordaje integral desde todos los componentes de la AIEPI, debe ser desarrollado como iniciativa primaria de la ESE, dado que esta integralidad permitiría lograr un trabajo armónico con todos los actores, que produzca los mejores resultados en términos de la disminución de la morbilidad y mortalidad por IRA en los menores de 5 años y que hubiera generado mayor impacto si este aspecto se desarrolla como promoción y prevención de la enfermedad en la comunidad, con el reto de desarrollar acciones antes de que haya lugar a la consulta de morbilidad.

Por parte de las madres y cuidadores, se encontró en el presente estudio que conocen lo que es una infección respiratoria aguda y la ruta para su atención, sin embargo no logran identificar todos los signos de peligro de la AIEPI para IRA; lo que podría implicar que se consulta tardíamente al ya encontrar signos de peligro en el niño muy enfermo, generando costos adicionales en la atención que pudieron derivar en servicios de otro nivel de complejidad e incluso en mortalidad, similar a un estudio realizado en Popayán el cual concluyó que los conocimientos maternos en signos de peligro de IRA en menores de 5 años, el 70% de las madres conocía los signos generales de alarma y más de la mitad no conocía los signos como la respiración rápida, dificultad respiratoria o tos. (41)

Igualmente se identifica en este estudio que, si bien las madres recibieron durante la consulta educación por parte del personal de salud y lo anterior se corrobora tangencialmente en el registro de la historia clínica, la educación y recomendaciones estaban orientadas principalmente con la administración del medicamento y no con el resto de las recomendaciones sugeridas en la AIEPI, lo cual implica que pierden oportunidades valiosas para generar aspectos de cultura de la promoción y prevención mitigando las complicaciones por la patología, hecho corroborado con las madres, a lo que algunas manifestaron que *“...recomendaciones por fuera de lo común no dan, siempre es lo mismo, si sigue así, consultar o si le da fiebre que lo lleve; o sea falta como no sé, que profundicen más en recomendarles.”*, *“...No me dio ninguna indicación ni recomendación.”*, *“...No me enseñaron para prevenir que el niño se vuelva a enfermar.”*, como se observa en el estudio realizado en la ciudad de Pasto donde se mostró que 4 de cada 10 registros clínicos, documentó recomendaciones a los pacientes, (29) por lo que es necesario reforzar y validar las recomendaciones dadas a la madre o cuidador del niño que consulta por IRA a todo el personal médico que atiende esta población lo que es concordante con lo referido por ellos mismos dentro de sus percepciones, al manifestar en su gran mayoría que AIEPI permite un mejor seguimiento del paciente, identificando riesgos, mejorando la comunicación con el cuidador, para evitar el empeoramiento del niño. De manera que el conocimiento sobre AIEPI debe ser adecuado y transferido a la práctica clínica desde todos sus componentes.

Este es uno de los enfoques que más fuerza genera en la prevención de complicaciones en el menor de 5 años, puesto que las madres tendrían las herramientas para asistir de manera preventiva o urgente a los servicios de salud, lo que es concordante con las percepciones de las profesionales, al manifestar que AIEPI permite un mejor seguimiento del paciente, identificando riesgos, mejorando la comunicación con el cuidador, para evitar el empeoramiento del niño. De manera

que el conocimiento sobre AIEPI debe ser adecuado y transferido a la práctica clínica desde todos sus componentes.

El análisis de esta información permitirá a futuro, tener un diagnóstico que refleje los comportamientos de las familias respecto al cuidado de los niños menores de 5 años, información básica para conocer las costumbres y creencias que practica la familia en el entorno de la prevención en salud y que deben ser abordadas en la implementación de la estrategia.

7.4. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

La presente investigación, por tratarse de un estudio cualitativo, tiene algunas limitaciones a tener en cuenta a la hora de interpretar sus resultados. En primer lugar, se han medido a grandes rasgos los tres componentes en los cuales se basa la estrategia AIEPI: organizacional, clínico y comunitario, con unos datos sobre fidelidad de la implementación recogida mediante diversos instrumentos como encuestas, entrevistas y evaluaciones de conocimientos.

Este método posee múltiples ventajas, como un bajo costo económico y temporal en comparación con métodos observacionales. Sin embargo, puede dar lugar a brechas relacionados con el deseo de ofrecer evaluaciones positivas de la adecuada implementación de la estrategia. Por ejemplo, en otros estudios, se evalúan la fidelidad mediante video y los analizan tras la implementación de los programas. La grabación de las sesiones en vídeo reduce las brechas de la observación en directa y disminuye la probabilidad de perder información relevante al poder revisar las sesiones en múltiples ocasiones. (42)

Otra limitación inherente al diseño es la factibilidad de obtener información de calidad para el diligenciamiento de los instrumentos de recolección a partir de registros clínicos. Es conocido que, de acuerdo con el grado de implementación de los programas de garantía de calidad de cada institución, el registro de las historias clínicas puede ser de muy baja o de alta calidad. Para este caso la historia clínica se encuentra estandarizada electrónicamente al igual que los formatos de AIEPI, pero permite que el profesional, desista del registrar la información solicitada aun así la haya indagado, el hecho que no se reporte si se desarrolló o no una actividad de evaluación, tratamiento o consejería no significa contundentemente que el profesional de salud no realizó la actividad. Sin embargo, dentro del marco de la

estrategia AIEPI, todo el personal que atiende menores de 5 años debe registrar las actividades realizadas.

Igualmente se tienen limitaciones a la hora de medir el componente organizacional, puesto que en el diseño se contempló mediante entrevista, el conocimiento de los líderes del proceso misional acerca de la implementación de la estrategia, pero no se logró tener la perspectiva de la alta dirección; así mismo se logró parcialmente la visualización de la gestión y planeación del recurso desde sus principales aristas como son la capacitación, asignación de presupuesto e infraestructura y los indicadores y metas para su ejecución.

Es importante ampliar el abordaje de la evaluación del componente comunitario, ya que existen otros acercamientos interinstitucionales de acuerdo a los ciclos vitales del niño menor de 5 años, como la intervención con jardines infantiles, madres FAMI, escuela y hogares de bienestar, que pueden contribuir a ampliar la información acerca de las enfermedades prevalentes y su manejo en el hogar o en el entorno, puesto que este estudio tomo como referencia los principales actores de primera línea frente al manejo comunitario, pues son los líderes que la institución reconoce como tal y a quienes ellos declaran realizan de manera efectiva y permanente actividades de capacitación y promoción en salud, pero la comunidad es mucho más que ellos, lo que implica otros actores, y no abordarlos pudiera sugerir la limitación frente a la información que pudiera ser vista desde otras perspectivas.

Dentro de las fortalezas de esta investigación se encuentra la gran cantidad de información recabada de los diferentes componentes de la estrategia AIEPI: organizacional, clínico y comunitario, que busca una primera aproximación a la medición de la implementación de la estrategia en una institución de salud, los cuales han sido abordados por otras investigaciones de manera individual para uno de los componentes.

Esta investigación contiene un marco de trabajo que vincula los elementos generales establecidos por la estrategia, un abordaje cualitativo en sus tres componentes y cuantitativo para la revisión de historia clínica, con un ejercicio probabilístico de muestreo para la misma, que permite hacer una inferencia de los datos, existiendo una rigurosidad en las categorías de análisis para las entrevistas con los actores clave, abordando de manera integral, los enlaces de cada uno de los componentes de la estrategia hacia el nivel institucional, permitiendo tener un

acercamiento sobre el nivel de implementación de la estrategia AIEPI en una ESE de Cali, la cual se encuentra implementada hace más de 10 años en la ciudad.

7.5. IMPLICACIONES EN SALUD PÚBLICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha instado a los países a orientar sus estrategias preventivas a la reducción de riesgos en la población, para este caso a implementar AIEPI para mitigar el impacto de las enfermedades prevalentes de la infancia, dado que aun si los efectos son modestos, las ganancias acumulativas producen beneficios sostenibles.

La investigación evaluativa tiene diferencias con otros tipos de investigación debido a que involucra dos procesos: observación y medida, al igual que comparación de lo que se observa con algunos criterios o estándares indicadores de buen desempeño. Varios autores sostienen que no hay una forma correcta de evaluar, sino que depende de las diferentes percepciones y exigencias de los usuarios de la información en relación con lo que es considerado como “evidencia” de que algo funciona, al igual que el momento en que se realiza la evaluación (43).

Este trabajo aporta una línea de partida para la institución prestadora de servicios de salud, con la cual generar estrategias contundentes para lograr uno de sus objetivos misionales, disminuir el impacto y las complicaciones en su población de referencia y sirve para brindar nuevas evidencias sobre la relevancia de implementar las políticas en salud de manera adecuada.

Se sugiere que implementar con fidelidad las estrategias en salud, para este caso AIEPI, es directamente proporcional a la consecución de los resultados planeados, es decir, es decir, si se tiene claridad en la planeación se pueden disminuir las desviaciones que puedan afectar la prestación del servicio desde el punto de vista organizacional, clínico o comunitario, fortaleciendo todos los ámbitos de movilización para la atención del niño. Para la institución de salud, genera clara evidencia de la necesidad de planear, puesto que así se obtiene un flujograma de atención, seguimiento y evaluación, para mejorar la dinámica en la prestación del servicio, el flujo de recursos y el logro de las metas o indicadores esperados.

Estos resultados pueden ser usados como base para estudiar la fidelidad y calidad de la implementación de las estrategias en salud, utilizando nuevas hipótesis de los mecanismos causales o factores contextuales asociados con la variación de los componentes de una política, programa o estrategia; pero ésta no puede ser un sustituto de la evaluación de resultados. Esta evaluación provee información valiosa acerca de por qué una intervención falla o tiene consecuencias inesperadas o por qué una intervención funciona y cómo puede ser optimizada.

7.6. IMPLICACIONES ADMINISTRATIVAS

La implementación de una política pública en las instituciones de salud puede afectar tanto al proceso asistencial como a los resultados alcanzados con dicho proceso. Cuando se diseña la implementación dentro de la institución, debe decidirse qué componentes se van a implementar y cómo se van a medir en términos de pacientes, profesionales y la organización, y es allí donde la administración de los servicios de salud juega un papel preponderante a la hora de lograr los resultados.

Al ser las políticas en salud el derrotero que hace parte integral de la calidad en la prestación del servicio, su medición y evaluación debe reflejar uno o más de los dominios de la calidad que se espera alcanzar, entendiendo como tal una atención segura, efectiva, centrada en el paciente, a tiempo, eficiente y equitativa. Con lo cual se deben trazar indicadores que nos van a permitir la medida de estos dominios, puesto que son el elemento medible del desarrollo de la práctica o aplicación de la estrategia.

Los elementos clave a evaluar para determinar el resultado de la implementación de una política pública tienen que ver con la evaluación de la estructura, el proceso y los resultados de su utilización mediante estos indicadores.

Respecto a la evaluación de la estructura, para este estudio hizo referencia a si se han dispuesto los recursos humanos y físicos requeridos, necesarios para implementar la estrategia, esto da cuenta del compromiso institucional para agendar los equipos, instrumentos y profesionales requeridos; así como los cambios en su estructura para la cualificación o mejoramiento de las habilidades del personal en salud. Todo ello está relacionado con la forma en que los recursos contratados se distribuyen y la manera en que se ha organizado la aplicación de las recomendaciones que derivan de la estrategia. Con este estudio se ve la necesidad generar los planes operativos y las matrices de metas institucionales para evitar las desviaciones en la implementación de la estrategia y la consecución óptima de los objetivos.

En la evaluación del proceso este estudio aporta el cómo está funcionando actualmente AIEPI en una institución de nivel I, es sus tres componentes, clínico, organizacional y comunitario, y se centra en saber qué se hace y quién lo hace y el cómo se encadenan estos componentes, vitales para su buen resultado. Se trató de

brindar información fundamental para determinar cómo ha resultado el plan de implementación en AIEPI y cómo puede mejorarse o qué nuevas estrategias de implementación se pueden plantear.

En la evaluación del resultado de implementación, esta investigación da cuenta de lo que se tiene hoy, como AIEPI institucional, pues se identificaron los factores asociados a la incipiente implementación de los tres componentes en la institución de salud, y los compara con los resultados de otros estudios que miden la implementación de los componentes clínico y comunitario, aunque de manera individual.

8. CONCLUSIONES

En conclusión, el alcance de la implementación de AIEPI en la Empresa Social del Estado estudiada se encuentra en un grado medio para los componentes clínico y organizacional, visto desde los dominios de fidelidad y calidad; y el comunitario en un grado incipiente.

En el componente clínico se observó la falta de adherencia a la guía de procedimientos de AIEPI en el manejo de la infección respiratoria aguda; en el componente organizacional la falta de un plan operativo institucional que permita formalizar y visualizar el flujograma de implementación, para su posterior evaluación y control facilita la desviación de los procesos que conllevan a una mayor utilización de recursos en la prestación del servicio, como son los servicios de apoyo, servicios de urgencias e insumos; y en un grado incipiente en el componente comunitario afectando la búsqueda temprana de servicios para evitar complicaciones en el menor de 5 años.

El abordaje de la gestión para la implementación de AIEPI en las IPS debe plantearse como un reto en términos de abogacía, concepto que implica mesas de trabajo entre los diferentes actores del sistema de salud: Direcciones Territoriales en Salud y EPS, EPS e IPS, e IPS y organizaciones de la comunidad, con el fin de lograr una planeación operativa entre las partes de la atención basada en AIEPI, con metas medibles en sus términos de contratación, ejecución y resultados, como atributos de la calidad en la implementación de la estrategia, que respondan a las políticas nacionales en atención de la primera infancia y a los planes territoriales de salud de cada territorio.

Existe una programación de las acciones de protección específica, y detección temprana de los problemas de salud de la niñez, con enfoque en el sistema contractual propio de la Empresa Social del Estado, con asignación de metas para los programas de promoción y prevención, sin embargo, el enfoque para la atención del niño enfermo, no se encuentra focalizada en AIEPI sino en servicios de consulta externa por morbilidad y urgencias, lo que da cuenta de su incipiente implementación

El bajo porcentaje de educación y entrenamiento en AIEPI en este estudio (menos del 80% componente clínico, incipiente en la comunidad), da cuenta de la necesidad de mantener una continuidad de procesos de apoyo técnico en las Direcciones

Territoriales en Salud, puesto que en los diferentes componentes de la estrategia AIEPI, la capacitación que hace parte del dominio de fidelidad indispensable para la implementación de la estrategia, se precisó como una oportunidad de mejora para los diversos actores que estarían apoyando la implementación de la misma para el fortalecimiento institucional, vista desde la IPS y su red de servicios, y la comunidad en la demanda de servicios.

El recurso humano capacitado juega un papel primordial en la implementación de la estrategia, puesto que sin este, los esfuerzos de planificación y gestión estratégica institucional puedan verse amenazados por falta de personas que los desarrollen, es así como lo encontrado en este estudio plantea que las frecuentes rotaciones de personal afectan directamente la fidelidad en la implementación y la calidad en la prestación del servicio al niño menor de 5 años.

Otro punto importante relacionado con la capacitación al recurso humano, es la fidelidad medida desde la adherencia al protocolo, para este caso, adherencia en el manejo de la infección respiratoria aguda, en la cual se pudo observar la influencia de las conductas médicas individuales, tales como el uso de antibióticos no recomendados, antihistamínicos, nebulizaciones para manejo diferente a diagnóstico de sibilancias, lo que afecta el uso de recursos no necesarios para la prestación del servicio congruente con el diagnóstico y tratamiento de la guía de procedimiento AIEPI para esta patología, lo que hace necesario la estandarización, el monitorio y la evaluación continua de la calidad en la prestación del servicio.

En el momento, es importante definir en Colombia la responsabilidad en el entrenamiento del curso clínico y la capacitación a la comunidad; no se ha establecido si son las instituciones los que deben garantizar la certificación de sus empleados o si son los trabajadores de la salud quienes deben buscar y financiar la certificación. Tampoco se ha establecido la responsabilidad en la supervisión, ni la manera en que se operativizarán las guías para la supervisión posterior a la capacitación que se encuentran incluidas en el manual de implementación de EPS e IPS.

El uso de la historia clínica con formato AIEPI es un logro de gran importancia, puesto que permite avanzar en esquemas de diagnóstico integral, tal como lo plantea la estrategia, pero no exime de la responsabilidad el profesional la aplicación de esta y el llenado de los registros clínicos.

Una situación de AIEPI y las políticas seguidas por las EPS e IPS, es que al no existir elementos coercitivos para aquellos que no apliquen AIEPI, el desarrollo de la estrategia depende en cierta medida de la voluntad de directivos, médicos y otros actores al interior de las organizaciones. En ese sentido se podría plantear salidas de tipo normativo (nuevas disposiciones con respecto a la estrategia), o esquemas de participación colectiva, donde los diferentes participantes asuman la estrategia como propia y no solo como otra actividad derivada de la estructura pública.

9. RECOMENDACIONES

9.1. A NIVEL NACIONAL

- Fortalecer los sistemas de información para un adecuado monitoreo y seguimiento de los avances en los indicadores de salud infantil; y de la implantación de la estrategia AIEPI a nivel nacional y los avances de los planes operativos locales departamentales, y municipales.
- Fortalecer la inclusión de las instituciones formadoras de talento humano en salud del nivel nacional para la formación en pregrado y postgrado de medicina y enfermería, fortaleciendo la concertación con las universidades y la inclusión de la estrategia en la formación en todos los programas de ciencias de la salud públicos y privados. (Intensidad horaria cursos AIEPI completa)
- Asignar recursos para investigación en estado de implementación de las políticas públicas que permitan mejorar los alcances de las mismas.

9.2 A NIVEL TERRITORIAL

- Fortalecer los mecanismos de concertación intersectorial que garanticen el cumplimiento de la difusión y la implementación de la estrategia AIEPI a nivel territorial.
- Retomar el posicionamiento de la estrategia AIEPI como una prioridad en los Comités departamentales, distritales y municipales de Política Social, con el fin de promover y apoyar las prácticas claves para la infancia.
- Fortalecer y apoyar la conformación de alianzas estratégicas entre entidades promotoras de salud (EPS) y prestadores de servicios de salud (IPS) públicas y privadas para garantizar la gestión integrada de AIEPI.

- Generar plan de educación y asistencia técnica en intensidad horaria de los cursos completos de AIEPI, a los profesionales responsables de la prestación de los servicios a nivel de las IPS Y EPS.
- Fortalecer el plan de capacitación, asesoría, seguimiento y evaluación a la gestión de actores sociales o líderes de la comunidad en la aplicación del componente comunitario de AIEPI.
- Generar la información sobre la gestión de AIEPI, por las entidades de vigilancia y control
- Fortalecer el porcentaje de IPS que aplican AIEPI en forma efectiva
- .
- Evaluar continuamente la proporción de instituciones de salud en las cuales más del 80% del personal de salud asistencial capacitados y aplica la estrategia AIEPI en consulta externa, urgencias y hospitalización.
- Fortalecer en las secretarías la asistencia técnica y su rol de vigilancia y control, recordando a los gerentes de las entidades aseguradoras el compromiso adquirido de verificar la garantía de la prestación del servicio en el marco de la de la estrategia de AIEPI; solicitando los avances de los temas relacionados con la coordinación y organización de los sistemas y servicios de salud, el mejoramiento de las habilidades del personal de salud en AIEPI clínico y el mejoramiento de prácticas familiares y comunitarias, así como los avances en la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan AIEPI.

9.3. A NIVEL DE LAS EPS

- Continuar con la dispensación oportuna de medicamentos establecidos en la estrategia, incluidos y no incluidos en el PBS; y mejorar la integración de las acciones de la estrategia en forma vertical con las IPS, para que se preste el servicio requerido por el infante en el ámbito de la estrategia AIEPI.
- Se debe trabajar en la no fragmentación de la estrategia según las relaciones contractuales que establezcan las aseguradoras y entidades territoriales con el prestador de servicios de salud, máxime cuando en muchos de los casos es la misma IPS - ESE para las dos entidades.

- Se deben fortalecer las alianzas público privadas, y garantizar la sostenibilidad de la misma, realizando el seguimiento a los planes operativos de las EPS en función de AIEPI y primera infancia.
- Se propone agregar una cláusula en los contratos de prestación de servicios entre EPS- IPS, que formalice la aplicación de la estrategia AIEPI, la cual contenga los indicadores a lograr en la misma.

9.4. A NIVEL INSTITUCIONAL IPS

- Generar dentro del plan de capacitación institucional, un aparte en entrenamiento y actualización en la estrategia AIEPI, que permita evaluar el grado de adherencia a las guías y protocolos de la estrategia.
- Fortalecer la contingencia al plan de fuga de talento humano entrenado en AIEPI, que permita mantener la continuidad del mismo y el cargo asignado para disminuir el riesgo de rotación de personal.
- Generar el plan operativo institucional que permita formalizar y visualizar el flujograma de implementación, seguimiento, evaluación y control de cada uno de los componentes que atañen a la estrategia, estableciendo indicadores de estructura, proceso y resultado.
- Fortalecer el proceso de auditoría concurrente para el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio, que permita establecer las desviaciones en el componente clínico generando planes de acción correctivos para el mejoramiento en la prestación del servicio en salud.
- Fortalecer el servicio de urgencia y consulta prioritaria, con personal entrenado en la estrategia AIEPI, a fin de mejorar la utilización y flujo de recursos destinados a los servicios de mayor utilización, disminuyendo la consulta que no es urgencia atendida por otros servicios.
- Fortalecer la educación a la comunidad en el componente preventivo a las madres o cuidadores del menor de 5 años, enfatizando en la identificación precoz de los cuatro signos de peligro y los tres signos de alarma en IRA.

- Incorporar a los líderes de las diferentes comunas en la capacitación del componente comunitario de la estrategia AIEPI del ente territorial, articulando el trabajo de ellos en el ámbito local, de tal manera que puedan referir niños enfermos, solicitar capacitaciones, y desde su liderazgo incorporar las acciones de promoción y difusión de medidas preventivas.
- Fortalecer los espacios de concertación interinstitucional con entidades que generan valor en la comunidad, por ejemplo: madres FAMI, colegios, guarderías, ICBF, para crear agendas de actuación sobre las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y planteamiento de los lineamientos y flujogramas de articulación, para el logro de los objetivos en la población marco.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Guía Operativa para Implementación de AIEPI en Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios Colombia 2011. 2011. 49 p.
2. OMS | Reducción de la mortalidad en la niñez. WHO [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 22]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
3. Hug L, Sharrow D, Sun Y, Marcusanu A, You D, Mathers C, et al. Trends in Child Mortality Child Mortality Report 2017 [Internet]. 2017. Available from: [http://www.childmortality.org/files_v21/download/IGME report 2017 child mortality final.pdf](http://www.childmortality.org/files_v21/download/IGME%20report%202017%20child%20mortality%20final.pdf)
4. Nuevas estimaciones de la mortalidad infantil indican que 15 000 niños fallecieron diariamente en 2016 | The Data Blog [Internet]. [cited 2018 Mar 22]. Available from: <http://blogs.worldbank.org/opendata/es/nuevas-estimaciones-de-la-mortalidad-infantil-indican-que-15-000-ni-os-fallecieron-diariamente-en>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2016. 2016;1–163. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
6. DANE. Nacimientos y defunciones [Internet]. [cited 2018 Mar 22]. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones>
7. Ojeda P,G., Ordoñez P., M., Ochoa LH. Encuesta nacional de demografía y salud Colombia 2010 [Internet]. Vol. 5, Ends. 2011. 794 p. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>
8. Zamora G AD, Cordero V. D, Mejía S. M. Evaluación de la estrategia “Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia” (AIEPI) en Servicios de Salud, Bolivia 1999. Rev Chil pediatría [Internet]. 2002 Mar [cited 2018 Mar 22];73(2):184–91. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=en

9. Gómez E, Garreta L, Arboleda N., Lobo A., Cedeño, M.P. Manejo clínico de pacientes menores de 5 años hospitalizados con diagnóstico de neumonía acorde con la estrategia AIEPI, en una institución de salud, Cauca, Colombia. *Rev Colomb salud Libr.* 2015;10(2):116–23.
10. Machado-Alba JE, Martínez BI, Marín MS, Palacios AR, Ceballos SL. Nivel de adherencia a la guía de atención de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, Colombia. *Rev Médica Risaralda [Internet]*. 2012 Nov 8 [cited 2018 Mar 22];18(2). Available from: <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/7887>
11. Moreno E, PS, Roales-Nieto JG. El Modelo de Creencias de Salud : Revisión Teórica , Consideración . *Int J Psychol Psychol Ther [Internet]*. 2003 [cited 2018 Mar 22]; 3(1):91–109. Available from: <http://www.ijpsy.com/volumen3/num1/59/el-modelo-de-creencias-de-salud-revisi-ES.pdf>
12. Bemdam y P-BA. El enfoque del riesgo en la atención de la salud: con especial referencia a la salud materno-infantil, incluida la planificación familiar.pdf. Organización Mundial de la Salud, editor. Ginebra; 1984. 113 p.
13. Shadish WR, Cook TD, Leviton LC. *Foundations of program evaluation : theories of practice*. Sage Publications; 1991. 529 p.
14. Irving R. *Evaluation in health promotion Principles and perspectives*. World Health Organization, Europe; 2001. 533 p.
15. Potvin L, Haddad S, Frohlich KL. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. *WHO Reg Publ Eur Ser [Internet]*. 2001 [cited 2018 Mar 22];(92):45–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11729783>
16. Eslava-Schmalbach J, Garzón-Orjuela N, Elias V, Reveiz L. Incorporación de equidad en salud en la investigación sobre implementación: revisión de los modelos conceptuales. *Rev Panam Salud Pública [Internet]*. 2017 [cited 2019 Jan 15];1–8. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34504>
17. Di Virgilio M, Solano R. *Monitoreo y evaluación de políticas y proyectos sociales [Internet]*. Buenos Aires; 2012 [cited 2019 Jan 15]. Available from: <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1415.pdf>

18. Evaluar y promover el mejoramiento - ...:Ministerio de Educación Nacional de Colombia:... [Internet]. [cited 2019 Jan 16]. Available from: <https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-107321.html>
19. Dane A V, Schneider BH. Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control? Clin Psychol Rev [Internet]. 1998 Jan [cited 2018 Mar 22];18(1):23–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9455622>
20. Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S. A conceptual framework for implementation fidelity. Implement Sci [Internet]. 2007 Dec 30 [cited 2018 Mar 22];2(1):40. Available from: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-2-40>
21. Dusenbury L, Brannigan R, Falco M, Hansen WB. A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. Health Educ Res [Internet]. 2003 Apr [cited 2018 Mar 22];18(2):237–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12729182>
22. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA [Internet]. [cited 2019 Jan 16];260(12):1743–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356>
23. OMS | Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) [Internet]. WHO. World Health Organization; 2013 [cited 2019 Jan 16]. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/
24. Ya-Shin L. Tavrow, P. Evaluación del desempeño en AIEPI de los trabajadores de salud en Kenya. 2000;13.
25. Boschi-Pinto C, Labadie G, Dilip TR, Oliphant N, Dalglish SL, Aboubaker S, et al. Global implementation survey of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): 20 years on. BMJ Open [Internet]. 2018 Jul 30 [cited 2018 Aug 9];8(7):e019079. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30061428>
26. Kiplagat A, Musto R, Mwizamholya D, Morona D. Factors influencing the implementation of integrated management of childhood illness (IMCI) by healthcare workers at public health centers & dispensaries in Mwanza, Tanzania. BMC

Public Health [Internet]. 2014 Dec 25 [cited 2018 Aug 9];14(1):277. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666561>

27. Mansoor GF, Chikvaidze P, Varkey S, Higgins-Steele A, Safi N, Mubasher A, et al. Quality of child healthcare at primary healthcare facilities: a national assessment of the Integrated Management of Childhood Illnesses in Afghanistan. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2016 Nov 10 [cited 2018 Aug 9];29(1):55–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27836999>

28. Sociedad Boliviana de Pediatría. Evaluación de la estrategia AIEPI en servicios de salud, primera prueba mundial, Bolivia 1999. *Rev la Soc Boliv Pediatría* [Internet]. 2002 [cited 2018 Mar 22];41(1):7–10. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752002000100003

29. Borda-Olivas A. Percepciones de gestores de salud y facilitadores de la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes (AIEPI) en una zona del Noreste de Brasil y Perú. 2017;21(63):933–44.

30. Tashakkori A, Teddlie C. *SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* [Internet]. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States : SAGE Publications, Inc.; 2010 [cited 2019 Jan 16]. Available from: <http://methods.sagepub.com/book/sage-handbook-of-mixed-methods-social-behavioral-research-2e>

31. Rundall TG, Devers KJ, Sofaer S, eds. 1999. Qualitative methods in health services research. SA special supplement to HSR. *Health Services Research*.;34:1083-1263.

32. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ* [Internet]. 1995 Jul 8 [cited 2019 Jan 16];311(6997):109–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7613363>

33. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, del Pilar Baptista Lucio M. *Metodología de la investigación*, 5ta Ed [Internet]. [cited 2019 Jan 16]. Available from: www.FreeLibros.com

34. Urra E, Muñoz A, Peña J. El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería Univ* [Internet]. 2013 Apr 1

[cited 2019 Jan 16];10(2):50–7. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706313726290>

35. Cuadros de Procedimiento AIEPI 2017 [Internet]. [cited 2019 Jan 16].

Available from:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/cuadro-procedimientos-atencion-integrada-enfermedades-prevalentes-infancia.pdf>

36. Ministerio de la Protección Social. Decreto Número 1011 de 2006 [Internet].

Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO_1011_DE_2006.pdf

37. Cisneros J, Vélez M. Conocimientos de los profesionales de la salud sobre la estrategia AIEPI e intervención para mejorar el manejo de las enfermedades más prevalentes de la infancia en lo referente a infecciones respiratorias y diarreicas en el distrito 17D03. Vol. 1, Research. 2016.

38. Arciniegas H, Ortiz A, Paguay M, Valenzuela A. Adherencia a La Guía De Práctica Clínica En La Atención Médica Aiepi En Niños De 2 Meses a 5 Años, Con Enfermedad Diarrea Aguda Y Enfermedad Respiratoria Aguda, En La Ips Indígena Del Municipio De Carlosama Durante El Periodo 2014-2015. 2016.

39. Página 2: Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS-Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales * La Red Internacional para el Uso Racional de los Medicamentos [Internet]. 2002 [cited 2018 Nov 10].

Available from: <http://www.msh.org/inrud>;

40. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. L, Dávila M, Campos M, Drasbek C, Bryce J, Victora C. Expandiendo la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia a nivel nacional: logros y retos en el Perú. An la Fac Med [Internet]. 2006 [cited 2019 Jan 16];67(1):77–92. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832006000100011&script=sci_arttext

41. Carmona-Jiménez D, Jaramillo-Parra E, Moreno AM, Gil-Villa AM, López-Herrera FE, Carmona-Jiménez D, et al. Prácticas clave y conocimientos maternos de la Estrategia AIEPI en el Ambiente Comunitario. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. Universidad de Antioquia; 2017 Oct 9 [cited 2018 Nov 10];35(3):432–43.

Available from:

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/327876>

42. Universidad de Costa Rica. Facultad de Ciencias Económicas NU, Balbastre-Benavent F. INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA E INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: BUSCANDO LAS VENTAJAS DE LAS DIFERENTES METODOLOGÍAS DE INVESTIGACIÓN. Rev Ciencias Económicas [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 16];179–87. Available from: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/12730>

43. Hawe P, Degeling D, Hall J. Evaluating health promotion : a health worker's guide [Internet]. MacLennan+Petty; 1990 [cited 2018 Nov 13]. 254 p. Available from: <https://catalogue.nla.gov.au/Record/372270>.

11. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado Profesionales

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROFESIONALES

El presente formulario de consentimiento informado, se dirige a los profesionales encargados de la implementación de la estrategia AIEPI (atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia) de las IPS pertenecientes a la RED DE SALUD DEL NORTE.

Los investigadores principales **Neiza Paola Balanta Ramírez, Harold Gonzalo Hernández Arias**, estudiantes de la Universidad del Valle de la Maestría en Administración en salud, estamos investigando sobre la evaluación de implementación de políticas en salud.

Lo invitamos a participar de la investigación EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN LA ESTRATEGIA AIEPI, EN LA RED DE SALUD DEL NORTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE LA CIUDAD SANTIAGO DE CALI.

La estrategia AIEPI Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones.

La estrategia AIEPI es una herramienta fundamental para contribuir a reducir la muerte y la enfermedad en los menores de cinco años. Actualmente es considerada la principal intervención disponible para mejorar las condiciones de salud de la infancia en los países en desarrollo. Permite la detección precoz y el tratamiento efectivo de las principales enfermedades que afectan la salud de los niños, contribuye a mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

La razón por la que hacemos este estudio es evaluar el alcance de implementación de la estrategia en la prestación de la atención al niño menor de 5 años con diagnóstico de IRA y otros relacionados, por la Red de Salud del Norte E.S.E, Santiago de Cali; y así generar estrategias para el mejoramiento de la misma.

Su participación en esta investigación, si decide participar, incluirá la realización de una encuesta semiestructurada o entrevista como profesional administrativos o profesional en la atención clínica, la cual le tomará un tiempo aproximado de 20 minutos y no generará costo alguno al participante.

Su participación es voluntaria. Su decisión de participar, no influirá en la prestación y/o atención en las IPS de la RED DE SALUD NORTE. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

La información recolectada por los investigadores estará en nuestros archivos y base de datos, los cuales serán manejados por códigos y sin nombres, permitiendo así la confidencialidad de la información.

No existe riesgo para la salud del niño y/o los participantes de la investigación, pues la misma es de tipo longitudinal para el análisis de historia clínica, y encuestas a los diferentes actores.

No se le dará dinero o regalos por formar parte de esta investigación, si usted participa, su participación nos ayudara a encontrar soluciones o alternativas de mejoramiento en la aplicación de la estrategia AIEPI, de la cual se beneficiarán generaciones futuras.

El conocimiento que obtengamos al realizar esta investigación será compartido con nuestro público de interés: usuarios de la Red de Salud del Norte, la Red Norte y la universidad del Valle. No se compartirá la información confidencial.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora, o más tarde, incluso después de haberse iniciado la investigación.

Este estudio ha sido revisado y aprobado por el comité de ética de la Red de salud del Norte, y el comité de ética de la universidad del Valle, cuyas tareas es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación.

El total de sujetos que se esperen participen de encuestas y entrevistas propuestas en esta investigación será de 39 personas aproximadamente.

Finalmente se solicita a los participantes su autorización para la utilización de muestras, datos e información recolectada en la presente investigación a hacer parte de otros estudios de investigación similares futuros previa aprobación del CIREH: Acepto SI _____ NO _____

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación sobre AIEPI como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera el cuidado médico. Sé que es posible que no haya beneficios y que no se me recompensará. Además se me ha proporcionado el nombre y la dirección de un investigador que puede ser fácilmente contactado.

Nombre del participante

Firma del participante

Componente AIEPI en el que participa

Fecha

Día/mes/año

Nombre del testigo 1

Firma del testigo

Fecha

Día/mes/año

Nombre del testigo 2

Firma del testigo

Fecha

Día/mes/año

Contactos:

Investigadores:

Neiza Paola Balanta: nepabalra@hotmail.com, celular: 3166238773

Harold G. Hernández: harold_hdez@hotmail.com, celular: 3162358940

Director de Proyecto

Ángela Cubides: angela.cubides00@usc.edu.co, celular: 3148301883

CIREH: eticasalud@correounivalle.edu.co, teléfono: 3212100 Extensión 7772

Anexo 2. Consentimiento informado Comunidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO COMUNIDAD

El presente formulario de consentimiento informado se dirige a los diferentes actores de la comunidad en la implementación de la estrategia AIEPI (atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia) como son: líderes comunitarios objetos de intervención y cuidadores de los niños que presentan diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda o sus complicaciones atendidos en las IPS pertenecientes a la RED DE SALUD DEL NORTE.

Los investigadores principales **Neiza Paola Balanta Ramírez, Harold Gonzalo Hernández Arias**, estudiantes de la Universidad del Valle de la Maestría en Administración en salud, estamos investigando sobre la evaluación de implementación de políticas en salud.

Lo invitamos a participar de la investigación EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN LA ESTRATEGIA AIEPI, EN LA RED DE SALUD DEL NORTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE LA CIUDAD SANTIAGO DE CALI.

La estrategia AIEPI Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones

La estrategia AIEPI es una herramienta fundamental para contribuir a reducir la muerte y la enfermedad en los menores de cinco años. Actualmente es considerada la principal intervención disponible para mejorar las condiciones de salud de la infancia en los países en desarrollo. Permite la detección precoz y el tratamiento efectivo de las principales enfermedades que afectan la salud de los niños, contribuye a mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

La razón por la que hacemos este estudio es evaluar el alcance de implementación de la estrategia en la prestación de la atención al niño menor de 5 años con diagnóstico de IRA y otros relacionados, por la Red de Salud del Norte E.S.E, Santiago de Cali; y así generar estrategias para el mejoramiento de la misma.

Su participación en esta investigación, si decide participar, incluirá la realización de grupos focales, acerca de la atención de Infección Respiratoria Aguda o sus complicaciones en la Red de Salud del Norte ESE, el cual le tomará un tiempo aproximado de 60 minutos y no generará costo alguno al participante diferente al desplazamiento de su domicilio al sitio de la reunión.

Su participación es voluntaria. Su decisión de participar no influirá en la prestación y/o atención en las IPS de la RED DE SALUD NORTE. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

La información recolectada por los observadores estará en nuestros archivos y base de datos. La información se recolectará a través de grabación de audio y video de cada grupo focal, los cuales se basan en las experiencias en la consulta médica y el cuidado del menor de 5 años en casa vividos

por cada participante. No se tomará el nombre de los participantes en las grabaciones, por lo que se asignará un código numérico a cada participante (cuidador 1, Líder 2...) garantizando la confidencialidad de su información.

Se solicita al participante aceptar la grabación de la sesión del grupo focal: Acepto SI _____ NO _____ .

No existe riesgo para la salud del niño y/o los participantes de la investigación, pues la misma es de tipo longitudinal para el análisis de los grupos focales.

No se le dará dinero o regalos por formar parte de esta investigación, si usted participa, su participación nos ayudara a encontrar soluciones o alternativas de mejoramiento en la aplicación de la estrategia AIEPI, de la cual se beneficiaran generaciones futuras.

El conocimiento que obtengamos al realizar esta investigación será compartido con nuestro público de interés: usuarios de la Red de Salud del Norte, la Red Norte y la universidad del Valle. No se compartirá la información confidencial.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora, o más tarde, incluso después de haberse iniciado la investigación.

Este estudio ha sido revisado y aprobado por el comité de ética de la Red de salud del Norte, y el comité de ética de la universidad del Valle, cuyas tareas es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación.

El total de sujetos que se esperen participen de los grupos focales en esta investigación será de entre 12 a 24 personas aproximadamente.

Finalmente se solicita a los participantes su autorización para la utilización de muestras, datos e información recolectada en la presente investigación a hacer parte de otros estudios de investigación similares futuros previa aprobación del CIREH: Acepto SI _____ NO _____

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente que mi hijo y/o apoderado participe en esta investigación sobre AIEPI como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarlo de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera el cuidado médico. Sé que es posible que no haya beneficios y que no se me recompensará. Además se me ha proporcionado el nombre y la dirección de un investigador que puede ser fácilmente contactado.

Nombre del participante

Firma del participante

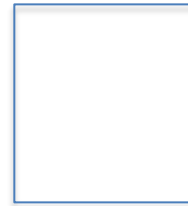
Componente AIEPI en el que participa

Fecha

Día/mes/año

SI ES ANALFABETA

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.



Huella

Nombre del testigo 1

Firma del testigo

Fecha

Día/mes/año

Nombre del testigo 2

Firma del testigo

Fecha

Día/mes/año

Contactos:

Investigadores:

Neiza Paola Balanta: nepabalra@hotmail.com, celular: 3166238773

Harold G. Hernández: harold_hdez@hotmail.com, celular: 3162358940

Director de Proyecto

Ángela Cubides: angela.cubides00@usc.edu.co, celular: 3148301883

CIREH: eticasalud@correounivalle.edu.co, teléfono: 3212100 Extensión 7772

Anexo 3. Grupos Focales

Descripción Grupos focales

1) Guía de temáticas: Definir el guion de desarrollo del grupo Focal con las diferentes preguntas a desarrollar en la actividad: primer grupo focal madre o cuidador del menor de 5 años, segundo grupo focal líderes comunitarios.

- Definir los participantes del Grupo Focal
- EL número de participantes será entre 6 a 12 participantes por cada grupo focal, madres y líderes.
- La Selección de los participantes del grupo focal de madres: serán las madres o cuidador primario del niño atendido bajo la estrategia AIEPI en el periodo enero-mayo 2018, y el segundo grupo focal son los líderes comunitarios, de acuerdo a criterio de inclusión.
- Asumiendo que algunos de los invitados no aparecerán, se seleccionara además una población de reemplazo (10% de los invitados originales).
- Una vez seleccionados los participantes, estos serán invitados oficialmente, reiterándoles los objetivos del estudio, la metodología de trabajo a seguir, su rol e incentivos por su participación.

2) Preparación de preguntas estímulo.

- Se seleccionaran las cinco o seis preguntas más adecuadas y pertinentes con base en la educación brindada en la consulta de AIEPI
- Posicione las preguntas en una secuencia que sea cómoda para los participantes, moviéndose desde lo general a lo específico, de lo más fácil a lo más difícil, y de lo positivo a lo negativo.

3) Selección del moderador del Grupo Focal

- Se realizará la planificación de la reunión.
- El Moderador del grupo focal debe mantener a los miembros del grupo atentos y concentrados, sino también mantener el hilo central de la discusión, y cerciorarse que cada participante participe activamente.
- También se tendrá un segundo moderador, donde una persona modera la discusión y la otra lleva la relatoría o hace un trabajo de observación del comportamiento asociado de los asistentes.
- Durante la reunión, el moderador debe promover el debate, planteando preguntas que estimulen la participación demandando y desafiando a los participantes con el objetivo de sacar a flote las diferencias.

- El moderador también deberá asegurarse, que cada uno de los participantes tenga la oportunidad de expresar sus opiniones.

4) La reunión.

- Se realizará en un auditorio central de la ESE.
- El salón de reunión los participantes, en lo posible, rodearán al moderador (configuración en U) y que tendrá buena acústica para poder grabar.
- El desarrollo del taller será en el marco de tiempo no mayor a dos horas, y se tendrán por lo menos una o dos preguntas introductorias o de inducción.
- Se utilizará grabadora con buena capacidad de recuperación de audio.
- Se ofrecerá refrigerio al terminar la sesión de preguntas.

5) Interpretación de la información obtenida.

- Se resumirá y transcribirá inmediatamente la discusión y acuerdos de la reunión, para permitir que se reconstruya no solo la atmósfera de la reunión sino también lo tratado.
- Se realizará análisis de los relatos, actitudes y opiniones que aparecen reiteradamente o comentarios sorprendentes, conceptos o vocablos que generaron algunas reacciones positivas o negativas de los participantes, etc.

Anexo 4. Instrumento grupos focal Líderes comunitarios

| Objetivo Investigación | |
|---|--|
| Evaluar el alcance de la implementación de la estrategia AIEPI, módulo IRA, en una ESE de la ciudad Santiago de Cali. | |
| Objetivos específicos | |
| Determinar la fidelidad en la implementación de la estrategia AIEPI módulo IRA en menores de 5 años. | |
| Determinar la calidad en la implementación de la estrategia AIEPI en los componentes organizacional, clínico y comunitario. | |
| Objetivo Grupo Focal | |
| Evaluar el proceso educativo de la ESE hacia la madre o cuidador primario, en prevención, manejo, seguimiento y control de la IRA en el menor de 5 años | |
| Evaluar el proceso educativo de la ESE hacia los líderes comunitarios, en prevención y remisión, y su replicación de los mismos a la comunidad. | |
| Nombre del moderador | |
| Harold G. Hernandez | |
| Nombre del Observador | |
| Neiza Balanta | |
| Lista de asistente Grupos Focal | |
| # | |
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |
| 11 | |
| 12 | |
| | |
| | |
| # | Preguntas Estimulos grupo focal Lideres comunitarios |
| 1 | Usted conoce que es AIEPI , conoce algo de la estrategia? , Le han realizado capacitaciones a cerca de la estrategia AIEPI y como han sido estas? con que frecuencia, que evaluaciones les han realizado de esas |
| 2 | Cómo fue su experiencia socializando/formando a las personas de su comunidad con respecto al módulo de IRA? |
| 3 | ¿Cómo considera ha sido el impacto que ha generado la estrategia AIEPI en la comunidad? |
| 4 | Qué tan amenudo habla u orienta a la comunidad de acuerdo a la estrategia AIEPI? |
| 5 | ¿Cómo orienta a las personas para que acudan al médico buscando ayuda en enfermedades respiratorias para sus niños? |
| s/n | Pauta de chequeo (evaluación) |
| | Chequear elementos presentes en el grupo focal (evaluación del observador) |
| | Lugar adecuado en tamaño y acústica. |
| | Asistentes sentados en U en la sala. |
| | Moderador respeta tiempo para que los participantes desarrollen cada tema |
| | Moderador escucha y utiliza la información que está siendo entregada. |
| | Se cumplen los objetivos planteados para esta reunión. |
| | Explicita en un comienzo objetivos y metodología de la reunión a participantes |
| | Permite que todos participen. |
| | Reunión entre 60 y 120 minutos. |
| | Registro de la información (grabadora o filmadora) |
| | Refrigerios al final de la reunion |

Anexo 5. Instrumento grupos focal Madre o cuidador primario.

| Objetivo Investigación | |
|---|--|
| Evaluar el alcance de la implementación de la estrategia AIEPI, modulo IRA, en una ESE de la ciudad Santiago de Cali. | |
| Objetivos específicos | |
| Determinar la fidelidad en la implementación de la estrategia AIEPI modulo IRA en menores de 5 años. | |
| Determinar la calidad en la implementación de la estrategia AIEPI en los componentes organizacional, clínico y comunitario. | |
| Objetivo Grupo Focal | |
| Evaluar el proceso educativo de la ESE hacia la madre o cuidador primario, en prevencion, manejo, seguimiento y control de la IRA en el menor de 5 años | |
| Evaluar el proceso educativo de la ESE hacia los lideres comunitarios, en prevencion y remision, y su replicacion de los mismos a la comunidad. | |
| Nombre del moderador | |
| Harold G. Hernandez | |
| Nombre del Observador | |
| Neiza Balanta | |
| Lista de asistente Grupos Focal | |
| # | |
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |
| Preguntas Estimulos grupo focal Madres o cuidador primario del menor de 5 años | |
| 1 | ¿En qué considera , le ayudó a usted y a su niño el haber consultado y haber sido orientado en la estrategia AIEPI? |
| 2 | ¿Cómo siguió las recomendaciones dadas por el médico en casa? |
| 3 | Usted recuerda que le explicaron que tenia el niño? |
| 4 | Cuenteme cuando usted termino la consulta medica, tenia que hacer algun procedimiento para mejorar la salud del niño? |
| 5 | Cual fue su motivacion para buscar la atencion medica del menor 5 años? |
| 6 | Cuenteme que hizo el personal de salud? Recuerda usted si el médico le brindo información sobre signos de alarma, consulta de control, y educación en prevención de nuevos episodios de infección respiratoria ? |
| Pauta de chequeo (evaluación) | |
| s/n | |
| | Chequear elementos presentes en el grupo focal (evaluación del observador) |
| | Lugar adecuado en tamaño y acústica. |
| | Asistentes sentados en U en la sala. |
| | Moderador respeta tiempo para que los participantes desarrollen cada tema |
| | Moderador escucha y utiliza la información que está siendo entregada. |
| | Se cumplen los objetivos planteados para esta reunión. |
| | Explicita en un comienzo objetivos y metodología de la reunión a participantes |
| | Permite que todos participen. |
| | Reunión entre 60 y 120 minutos. |
| | Registro de la información (grabadora o filmadora) |
| | Refrigerios al final de la reunion |

Anexo 6. Evaluación implementación AIEPI y percepción del profesional.

| EVALUACION IMPLEMENTACION COMPONENTE CLINICO | | | | |
|---|--|---|--|--------------------------------|
| MODULO IRA | | | | |
| <i>Profesional que realiza la encuesta</i> | | | | |
| <i>No. Cuestionario</i> | | <i>Fecha</i> | | |
| <i>Profesión del encuestado</i> | | | | |
| <i>Edad</i> | | <i>Sexo</i> | | |
| 1. ¿Hace cuánto tiempo trabaja en la ESE? | | años | | meses |
| 2. ¿Cuándo recibió capacitación en AIEPI | | (Mes/año) | | sin capacitaci ón formal |
| | | | | |
| 3. Señale cuales son los signos generales de peligro de AIEPI (marcado múltiple) | | | | |
| a. No puede beber o tomar leche materna | | c. Convulsiones | | |
| b. Vomita todo | | d. Letargia/inconsciencia | | |
| f. Todas las anteriores | | g. A, C y D | | |
| | | | | |
| 4. ¿Cuáles son los signos o síntomas para evaluar el niño con TOS o DIFICULTAD PARA RESPIRAR (Marcado múltiple) | | | | |
| a. Signos generales de peligro | | e. Tiraje Subcostal | | |
| b. saturación de O2 por debajo de 92% | | F. Estridor en reposo | | |
| c. Sibilancias | | g. A, D, y E | | |
| d. Respiración rápida | | h. Todas las anteriores | | |
| | | | | |
| 5. ¿Cuál es la clasificación de un niño si tiene 2 años, ha tenido tos y fiebre intermitente por 5 días, tiene una frecuencia respiratoria de 38 respiraciones por minuto? | | | | |
| a. neumonía grave o enfermedad muy grave | | c. no neumonía: tos o resfrío | | |
| b. neumonía | | d. enfermedad febril muy grave | | |
| | | | | |
| 6. De acuerdo al caso anterior la recomendación de AIEPI para el tratamiento es: | | | | |
| a. Dar un antibiótico apropiado y tratar la fiebre, Aliviar la tos con bebidas endulzadas | | c. Administrar oxígeno, aumentar la ingesta de líquidos y referir URGENTEMENTE al hospital y/o servicio de urgencias. | | |
| b. Administrar oxígeno, administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado, tratar la fiebre y referir URGENTEMENTE al hospital y/o servicio de urgencias. | | d. Enseñar a la madre a cuidar al niño en casa y los signos de alarma para regresar de inmediato y consulta de seguimiento dos días después | | |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| c. Tratar la fiebre, aliviar los síntomas como la obstrucción nasal . Enseñar a la madre a cuidar al niño en casa y los signos de alarma para regresar de inmediato y si no mejora consulta de seguimiento 5 días después | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 7. Si un niño ha tenido dolor de oídos y tiene secreción de pus por más de 15 días, no tiene tumefacción dolorosa detrás del oído, y no ha tenido otro episodio, puede clasificar al niño como: | | | | |
| a. Otitis media crónica | | c. mastoiditis | | |
| b. Otitis media aguda | | d. Otitis media recurrente | | |
| | | | | |
| 8. Si es clasificada como MASTOIDITIS un niño debe tener los siguientes signos: | | | | |
| a. dolor severo de oído | | d. drenaje de pus de ambos oídos | | |
| b. eritema detrás de la oreja | | e. tumefacción dolorosa detrás del oído | | |
| c. drenaje de pus de uno de los oídos | | | | |
| | | | | |
| 9. Si un niño de 8 meses presenta cuadro respiratorio a repetición, tos, ronquido en el pecho, rinorrea hialina, fiebre esporádica, se clasifica según AIEPI como: | | | | |
| a. Sibilancia | | d. Tos o resfriado común | | |
| b. Sibilancia recurrente | | e. neumonía grave | | |
| c. Neumonía | | | | |
| | | | | |
| 10. De acuerdo al diagnóstico del caso anterior (pregunta 7) el manejo según AIEPI sería: | | | | |
| a. Salbutamol Inhalador 3-5 puff cada 20 minutos | | d. Amoxicilina 80 mg/kg/día | | |
| b. Dexametasona 0,6 mg/kg/dosis única | | e. Referir y hospitalizar con antibiótico. | | |
| c. A y B son ciertas | | | | |
| | | | | |
| 11. ¿Cuál es la dosis y el horario de administración de la amoxicilina (SUSPENSION de 500 mg /5 ml) para un niño que pesa 7-9 kilogramos y que tiene una infección por neumonía? | | | | |
| a. 3.5ml de amoxicilina , cada 12 horas por 5 días | | c. 5ml, cada 8 horas por 7 días | | |
| b. 5 ml de amoxicilina , cada 8 horas por 3 días | | d. 6.5ml de amoxicilina , cada 8 horas por 5 días | | |
| | | | | |

| | | | |
|--|----------------|---------------------------------------|--------------|
| 12. Cuál es la recomendación de AIEPI para el uso del antibiótico si el niño presenta neumonía grave y NO tiene dos dosis de vacuna de Haemophilus Influenza: | | | |
| a. Penicilina cristalina 250.000 U/Kg/día dividido en 6 dosis | | c. Amoxicilina 90mg/Kg/día Suspensión | |
| b. Ampicilina 200mg/Kg/día dividido en 4 dosis | | d. Amoxicilina 90mg/kg/día tableta. | |
| 13. Para cada uno de los casos siguientes, seleccione Sí, si la referencia es urgente y seleccione No si la referencia no es urgente | | | |
| a. Un niño de 3 años de edad no tiene signos de peligro en general. Es clasificado como: NEUMONIA, OTITIS MEDIA RECURRENTE, FARINGOAMIGDALITIS VIRAL ¿necesita una referencia urgente? ____Sí ____No | | | |
| b. Una niña de 7 meses de nacida no tiene muestras generales de peligro. La clasifican con: NO NEUMONIA, MASTOIDITIS, necesita ser referida urgente? ____Sí ____ No | | | |
| c. Un niño de 9 meses está letárgico. Es clasificado como: CRUP severo. La IPS debe dar Dexametosa de acuerdo a peso y Oxígeno. El niño necesita una referencia urgente? ____Sí ____ No | | | |
| 14. ¿Cuáles son las principales dificultades que se le presentan al ejecutar el enfoque de la AIEPI | | | |
| ITEM | SIEMPRE | OCASIONALME NTE | NUNCA |
| a. Toma mucho tiempo. | | | |
| b. tengo muchas responsabilidades | | | |
| c. las madres no proporcionan toda la información para clasificar el niño | | | |
| d. las madres no quieren ser remitidas | | | |
| e. las madres se molestan si no prescribo medicamentos | | | |
| f. No me dan tiempo de consulta suficiente para aplicar AIEPI | | | |
| g. La institución no maneja las fichas de AIEPI dentro dela historia clínica | | | |
| h. No existen las ayudas diagnosticas en la institución para establecer el plan de manejo | | | |
| i. No hay apoyo ni ayuda del resto del personal | | | |
| j. Otros han tratado el niño en forma incorrecta | | | |
| k. Los tratamientos recomendados por AIEPI son eficaces. | | | |
| l. No hay medicamentos, ni insumos para la AIEPI | | | |
| m. No estoy entrenado en AIEPI. | | | |
| n. Rota mucho el personal | | | |
| ñ. otros (describa) | | | |

| |
|---|
| <p>15.¿Cual considera que es el grado de adherencia de los profesionales a la implementación de la estrategia?. ¿ Alto, medio o bajo y porque?</p> |
|---|

Anexo 7. Entrevista componente organizacional

| ENTREVISTA PERSONAL COMPONENTE ORGANIZACIONAL AIEPI |
|--|
| OBJETIVO INVESTIGACIÓN: Evaluar el alcance de la implementación de la estrategia AIEPI, modulo IRA, en una ESE de la ciudad Santiago de Cali. |
| OBJETIVO DE LA ENTREVISTA: Conocer la percepción del grado de implemetación de la estrategia AIEPI en una ESE del municipio de Santiago de Cali, a nivel directivo de la institución |
| ENTREVISTADO: |
| SECUENCIA DE PREGUNTAS: |
| Como ha sido el proceso de planeacion para garantizar la implementacion de la estrategia AIEPI en la ESE |
| Cual es el estado actual de la capacitacion al personal en la estrategia AIEPI? Cuando fue la ultima capacitacion? |
| Cómo ha sido el proceso de incorporación de los líderes comunitarios a la estrategia AIEPI en la ESE? |
| Cómo se lleva a cabo el proceso de monitoreo y supervisión de la ejecución de la estrategia AIEPI en la ESE? |
| Con qué tipo de recursos cuenta la ESE para el desarrollo de la estrategia AIEPI? |
| Cómo se evalúa la adherencia de los profesionales a la aplicación de la estrategia AIEPI en la ESE? |
| Según los ODS, no se ha logrado llegar a las metas de reducción de morbilidad y mortalidad infantil asociados a IRA en menores de 5 años, a qué se debe que pese a la implementación de la estrategia AIEPI no se ha logrado cumplir con las metas de reducción? |
| LUGAR DE ENTREVISTA: RED DE SALUD DEL NORTE ESE, Santiago de Cali |

Anexo 8. Evaluación de historia clínica

| EVALUACION DE LA HISTORIA CLINICA | | | | |
|-----------------------------------|---|---|------------------|---|
| AIEPI NIÑO MENOR DE 5 AÑOS | | | | |
| Fecha de atención: | DIA | MES | AÑO | |
| No. | | | | |
| Historia No: | | | | |
| VARIABLE | NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICION OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | VALORES POSIBLES |
| CALIDAD | DATOS DE IDENTIFICACION | grado de cumplimentacion en el registro de los datos de identificacion propuestos en la HC digital | Dicotomica | COMPLETO |
| | | | | INCOMPLETO |
| | ANAMNESIS | grado de cumplimentación en el registro de anamnesis | Dicotomica | COMPLETO |
| | | | | INCOMPLETO |
| | EXAMEN FISICO | Grado de cumplimentacion en el registro del examen física | Dicotomica | COMPLETO |
| | | | | INCOMPLETO |
| FIDELIDAD | CLASIFICACION DEL PACIENTE Y DIAGNOSTICO | clasificacion de gravedad del diagnostico de acuerdo a Modulo IRA AIEPI | | CLASIFICA DE ACUERDO A GUIA OPERATIVA |
| | | | | NO CLASIFICA DE ACUERDO A GUIA OPERATIVA |
| | ESQUEMA DE TRATAMIENTO IRA GUIA OPERATIVA AIEPI | prescripcion de tratamiento de acuerdo a guía operativa AIEPI | Dicotomica | UTILIZA GUIA DE TRATAMIENTO DE ACUERDO A CLASIFICACION |
| | | | | NO UTILIZA GUIA DE TRATAMIENTO DE ACUERDO A CLASIFICACION |
| | EDUCACION AL CUIDADOR | Registro de la educacion brindada al cuidador del niño menor de 5 años y recomendación sobre signos de alarma | Dicotomica | REGISTRA EDUCACION, |
| | | | | NO REGISTRA EDUCACION |
| | CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO | Registro de recomendación consulta de seguimiento y control | Dicotomica | REGISTRA CITA DE CONTROL, |
| | | | | NO REGISTRA CITA DE CONTROL |

Anexo 9. Aprobación del proyecto comité de ética en investigación de la Universidad del Valle (CIREH)

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 012 - 018

Proyecto : **"EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN EL MÓDULO IRA, EN UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, CALI 2018"**

Sometido por: **ANGELA MARÍA CUBIDES MUNÉVAR / NEIZA PAOLA BALANTA RAMÍREZ / HAROLD GONZALO HERNÁNDEZ ARIAS**

Código Interno: **135 - 018** Fecha en que fue sometido: **18** **06** **2018**

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Resumen del proyecto | <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo de investigación |
| <input checked="" type="checkbox"/> Formato de consentimiento informado | <input checked="" type="checkbox"/> Instrumento de recolección de datos |
| <input type="checkbox"/> Folleto del investigador (si aplica) | <input checked="" type="checkbox"/> Cartas de las instituciones participantes |
| <input type="checkbox"/> Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo:**

☐ SIN RIESGO ☒ RIESGO MÍNIMO ☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.

5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.

6. Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.

7. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:

- Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
- Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.

8. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:

- Lesiones a sujetos humanos.



- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
 9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
 10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
 - a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma:

Fecha

| | | |
|---|---|-----|
| 0 | 0 | 201 |
| 3 | 9 | 8 |

Nombre:

**MARIA FLORENCIA VELASCO DE
MARTINEZ**
Capacidad
representativa:**PRESIDENTA**

Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma:

Fecha

| | | |
|----|----|-----|
| 03 | 09 | 201 |
| | | 8 |

Nombre:

WILMAR SALDARRIAGACapacidad
representativa:**VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD**

Teléfono: 5185680